

DE

L'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 avril 1895, à 4 heures

PAR

PAUL BERTRAND

Né à Nogent-sur-Aube (Aube)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (CHIRURGIE — ACCOUCHEMENT)

MÉDAILLE D'HONNEUR, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (ÉPIDÉMIES 1892)

Examinateurs: { MM. GROSS, président.
CHRÉTIEN, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1895

DE

L'HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 avril 1895, à 4 heures

PAR

PAUL BERTRAND

Né à Nogent-sur-Aube (Aube)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (CHIRURGIE — ACCOUCHEMENT)

MÉDAILLE D'HONNEUR, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (ÉPIDÉMIES 1892)

Examineurs: { MM. GROSS, président.
CHRÉTIEN, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q. COZE *, I Q, HERRGOTT *, I Q, HECHT *, I Q, BEAUNIS *, I Q.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I Q, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A Q, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A Q, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A Q, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, A Q, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, A Q, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A Q, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A Q, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A Q.	MM. RENY, A Q.	MM. HAUSHALTER, A Q.
VAUTRIN, A Q.	P. PARISOT, A Q.	FÉVRIER.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I Q, ROHMER, A Q.

M. F. DES CILLEULS, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A CELLE DE MON PÈRE REGRETTÉ

LE DOCTEUR EM. BERTRAND

A CELLE DE MES GRANDS PARENTS

LES DOCTEURS PIERRE-RENÉ ET JEAN BERTRAND

A MON PARRAIN

LE DOCTEUR BACQUIAS

A CELLE DE MON GRAND-PÈRE PERSON

Témoignage de sincère affection.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES RENÉ ET LOUIS

A LA FAMILLE MASSIN

A tous ceux qui me sont chers.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Je conserverai toujours dans mon cœur la mémoire de mon premier et vénéré maître à l'hôpital. M. le professeur Gross nous a initié à l'étude de la chirurgie; c'est lui qui nous l'a fait aimer. Entré dans son service comme bénévole, j'y suis retourné comme externe à différentes reprises: c'est dire que j'ai pu apprécier les qualités du clinicien réputé et la bonté du maître. Aujourd'hui, il nous fait le très grand honneur de la présidence de notre thèse: je lui suis reconnaissant de ces nombreuses marques d'intérêt.

Je saisis avec empressement cette circonstance qui me permet de dire à M. le professeur Parisot combien je lui suis redevable des nombreux témoignages de sympathie et de bienveillance qu'il m'a montrés durant mon année de provisoire passée à sa clinique des vieillards. Je n'oublierai ni ses leçons, ni surtout les marques d'amitié qu'il a prodiguées aux miens en des circonstances toutes particulières: je tiens à lui en exprimer notre bien vive reconnaissance.

C'est à M. le professeur Vautrin que nous devons le choix de ce sujet; c'est lui qui nous en a fourni certains documents et des meilleurs. Dans son service de gynécologie, il s'est toujours montré pour nous d'une constante bienveillance et d'une parfaite amabilité; il nous a fait, à

maintes reprises, le grand honneur d'être son assistant ; nous exprimons plus d'un regret en songeant qu'il ne nous soit pas permis de profiter plus longtemps de ses magistrales leçons : je tiens cependant à lui dire ma profonde gratitude pour tout l'intérêt qu'il n'a cessé de me prodiguer, pour ses conseils et ses leçons dont plus que jamais j'apprécie la valeur.

Nous n'oublierons ni l'enseignement médical que nous avons reçu de M. le Professeur Spillmann, non plus les leçons cliniques de M. le Professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, qui nous ont fait l'honneur de nous accepter dans leur service comme externe : je leur en exprime ma vive reconnaissance.

Nous adressons le témoignage de notre gratitude à M. le professeur Hergott, qui a bien voulu nous permettre de puiser largement dans sa bibliothèque.

Merci à M. le Docteur Raoult de nous avoir accueilli depuis bientôt deux ans à sa clinique de laryngologie. Nous le prions de croire à notre reconnaissante et bien vive amitié.

Que tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté veuillent bien recevoir nos plus sincères remerciements pour l'enseignement que nous avons reçu d'eux. Nous resterons heureux et toujours fier d'avoir travaillé sous leurs auspices.

Mes remerciements enfin à tous mes amis, à tous mes camarades ; au Docteur Adam, au Docteur Duffner, dont les conseils de chaque jour m'ont toujours été si précieux ; à mon ami Thiry ; à mon jeune ami Schmidt qui a contribué avec la plus entière bienveillance, aux différentes traductions allemandes que nous avons dû faire.

AVANT - PROPOS

CHAPITRE PREMIER

Il peut sembler à quelques-uns que tout ait été dit sur l'hématocèle : ce n'est point là notre avis. Nous avons eu, au cours des vacances dernières, dans le service de M. le Professeur Gross, alors suppléé par M. le Professeur agrégé Vautrin, et où nous remplissions les fonctions d'interne, l'occasion d'observer une malade atteinte d'une affection péri-utérine.

Il s'agissait d'un cas rare d'hématocèle anté-utérine.

Un autre cas, à l'opération duquel nous avons assisté en 1892, en qualité d'externe, chez M. Vautrin, avait déjà éveillé notre attention. Aucune thèse spéciale n'ayant encore paru sur cette variété clinique, nous la choisîmes comme sujet inaugural.

Nous aurions dû intituler notre travail : de l'hématocèle péri-utérine et en particulier de l'hématocèle anté-utérine, car pour bien connaître cette dernière variété, il nous a fallu étudier l'hématocèle classique. Sans perdre de vue à aucun moment notre but, nous avons élagué tout ce qui pouvait se rapporter à l'hématocèle rétro-utérine.

Traiter de l'hématocèle anté-utérine en particulier, c'était réduire à quelques pages un sujet où il y a toujours à dire et accepter l'opinion de ceux qui nous avaient

précédés. Je n'en veux ici que deux exemples : l'école de Paris, par la voix autorisée de Cestan, semble ne plus vouloir reconnaître à l'hématocèle qu'une seule cause : la grossesse tubaire. C'est là, à notre avis, une exagération.

D'autre part, prétendre que l'hématocèle est une affection essentiellement chirurgicale qui ne relève que de la laparotomie, nous a semblé également une opinion à contrôler.

C'est moins un parallèle qu'une étude complète de la question que nous avons voulu donner ici.

Le plan général n'a rien de bien spécial. Peut-être, quelques chapitres mériteraient-ils un plus large développement, une argumentation plus serrée : abandonné à nos propres ressources, pressé enfin par des conditions indépendantes de notre volonté, nous nous sommes cependant attaché à ne pas trop faillir à la tâche que nous nous étions tout d'abord tracée.

N'apporterions-nous rien de nouveau : en réunissant les documents épars dans les livres, les journaux et les thèses, en contrôlant les opinions contradictoires ayant cours, nous espérons n'avoir pas fait œuvre complètement inutile.

Trois points spéciaux ont surtout fait l'objet de notre attention :

Des causes particulières de l'hématocèle anté-utérine ; des éléments qui peuvent servir au diagnostic rétrospectif de l'hématocèle ; du traitement où nous nous sommes surtout attaché à deux choses : ne formuler une règle opératoire qu'après l'examen approfondi d'opinions contradictoires, chapitre nécessairement un peu long mais qu'il nous a été impossible d'écourter ; la voie étant trouvée : *cito et tuto*, tel a été le principe qui nous a guidé en proposant la possibilité de l'élytrotomie antérieure.

DÉFINITION

Et d'abord il nous semble nécessaire de bien s'entendre sur les termes qui seront employés dans le cours de cette étude (1).

Pour les classiques, l'hémorragie intra-péritonéale est autre chose que l'hématocèle et l'hématocèle autre chose que l'hématome. Ils entendent par hématocèle tout épanchement sanguin *enkysté*, séparant de l'hématocèle les hémorragies provenant de rupture qui, pour eux, ne s'enkystent jamais. C'est là une erreur.

Les modernes réunissent sous le terme d'hématocèle, toutes les hémorragies intra-pelviennes d'*origine génitale*. Et ces hémorragies peuvent être enkystées ou libres.

Il est donc bien difficile de donner une définition du terme hématocèle, qui représente la totalité des faits et ayant à la fois une signification anatomique et clinique.

Je me contenterai donc de dire que : l'hématocèle est une collection de sang extravasée dans le péritoine pouvant être primitivement enkystée, ou primitivement libre et secondairement enkystée, provenant toujours des organes génitaux. — L'hématocèle intra-péritonéale peut donc être primitivement libre ou enkystée.

Mais le sang provenant toujours des organes génitaux, peut être encore situé en dehors du péritoine, dans une cavité formée soit par le tissu cellulaire du ligament large, de la trompe, soit circum-utérin. A celle-ci je donne le nom d'hématome ou hématocèle extra-péritonéale des auteurs.

Ajoutons enfin qu'un hématome peut devenir une hématocèle si la poche se rompt dans la cavité pelvienne.

(1) Veit. *Répertoire obstétrique*, 1891, p. 509. — Rodet. *Thèse Paris*, 1880, p. 7. *Ann. gynécol.*, 1890, t. II, p. 234. — *Mercure médical*, 1890, p. 460. — *Ann. gynécolog.*, 1892, p. 50.

HISTORIQUE

Bourdon (1), Récamier (2), qui dès 1830, se sont occupés de l'hématocèle sans la dénommer d'une façon spéciale, en traitant des tumeurs fluctuantes du petit bassin ; Figuès, qui le premier la nomma rétro-utérine ; Nélaton (3), qui la signala d'une manière toute spéciale à l'attention des praticiens dans ses leçons de 1871 à Saint-Louis : tous sont muets sur l'hématocèle anté-utérine.

Dans la discussion à la Société de chirurgie de 1871, Robert (4) montre qu'elle n'est pas toujours rétro-utérine ; il rappelle l'observation de Piogey où la collection hématique occupait le côté droit et dit qu'on la rencontre sur les côtés et dans les ligaments larges.

Gallard (5) est le premier qui fasse mention de la variété qui fait l'objet de cette étude, (1860). « Il est beaucoup plus logique de préférer la dénomination de péri-utérine, à celle longtemps employée de rétro-utérine ; car s'il est vrai que la collection sanguine s'accumule le plus souvent dans le cul-de-sac péritonéal, utéro-rectal, en arrière de l'utérus, il n'en est pas moins incontestable qu'elle déborde toujours sur les côtés, et peut se rencontrer quelquefois même en avant. »

Laugier, dont le mémoire de 1855 fit époque, n'en dit rien.

Plus près de nous, il faut venir jusqu'en 1873, où Braun, Schœder, Martin-Magron citent les premières observations après celle de Gallard (6).

(1), (2), (3) Voir Nélaton, *Eléments de pathologie*, t. VI, 1885.

(4) Robert. — *Bullet. soc. chirurgie*, 1852, p. 132.

(5) Gallard. — *Arch. Med.*, 1860, p. 686.

(6) *Archiv. für gyn.*, t. V, Berlin, 1873. *Pathogénie*.

Parmi les thèses, la première qui en fasse mention incidemment est celle de Nachtel (1).

De Synety substitue au mot rétro, celui de circum-utérine pour bien montrer la possibilité de l'hématocèle en avant de l'utérus.

Notons encore l'excellente thèse de Jousset, l'ouvrage de Schröder qui n'en parlent qu'à titre de curiosité pathologique. Tous se contentent de reproduire comme exemple à l'appui, le cas de Braunn.

Nous avons placé nos observations par ordre chronologique. Il sera ainsi facile de voir leur date d'apparition.

Malgré les cas assez nombreux que nous avons pu recueillir, il n'en reste pas moins indéniable que cette hématocèle est une rareté : nous lisons une observation américaine (2) (1890) où le diagnostic est resté en suspens en raison même du peu de fréquence anté-utérin.

Encore, disons-le de suite, il n'en est qu'un petit nombre qui aient été vraiment diagnostiquées.

Il nous a fallu compiler intégralement toutes les thèses que la Bibliothèque de la Faculté a bien voulu mettre à notre disposition, pour les réunir. Il en est beaucoup qui ne sont que des trouvailles d'autopsies ou de laparotomies.

Notre but sera d'en expliquer les raisons.

(1) Nachtel. — *Thèse Paris*, 1875.

(2) Observation de Fanny Berlin.



CHAPITRE II

Conditions de l'Hématocèle

Toute hématocèle dépend de deux facteurs :

- A) De lésions péritonéales primitives ou secondaires qui produisent l'enkystement.
- B) D'un écoulement sanguin lent et sous faible pression permettant cet enkystement.

A) La tumeur de l'hématocèle peut se produire de deux manières :

a) Une poche fermée par des pseudo-membranes et isolée du reste de la cavité abdominale, peut préexister à l'hémorragie. — Les parois de cette poche qui délimitaient une cavité, se distendent et donnent naissance à une tumeur élastique, tendue, qui repousse l'utérus du côté opposé.

b) Si l'hémorragie précède l'enkystement du Douglas, par exemple, il n'y a pas de tumeur, le sang forme nappe à la partie inférieure du ventre et les anses intestinales nagent à la surface du liquide (1) que le malade change de position, le liquide se déplace ; remplissant le cul-de-sac postérieur, si elle est couchée ou debout : le cul-de-sac antérieur, si elle est pliée en avant à la condition que vessie et rectum soient vides ; mais si ces deux organes sont en état de réplétion, le sang fuit en presque totalité

(1) Au début, le sang est liquide et forme un sorte de lac qui peut se déplacer, Pozzi.

dans le ventre. Il en est de même s'il y a pelvi-péritonite avec adhérences, comblant les culs-de-sac circumutérins.

Dans le premier cas, l'hématocèle sera diagnosticable dès le début en tant que tumeur qui siègera là où préexistait la poche. C'est, nous le savons, en arrière le plus souvent.

Dans le deuxième cas, l'accumulation du sang en un point déclive postérieur ou antérieur diffère donc d'une véritable hématocèle en ce que les parois ne sont pas tendues, que l'utérus n'est point déplacé, et que le petit bassin n'est rempli de sang, que dans la limite permise par les organes pelviens. Dans ce cas, pas des signes caractéristiques de l'hématocèle, le toucher sera négatif.

Ce n'est point à dire cependant que les conditions de l'hématocèle sont différentes dans les deux cas :

Il faut, pour qu'il y ait hématocèle un facteur constant, l'imperméabilité du péritoine (1). Dans le 1^{er} cas, l'hématocèle est primitive; dans le 2^e cas l'hématocèle est secondaire, c'est-à-dire en tant qu'est secondaire l'imperméabilité du péritoine pelvien.

Nous revenons donc à notre définition en disant qu'il n'y a hématocèle qu'autant qu'il y a enkystement.

Quelles sont donc les conditions de cet enkystement?

a) Nous le savons : elles sont dues à une altération préalable de la séreuse, réalisée par les lésions préexistantes des trompes. La séreuse altérée perd son pouvoir de résorption.

Ceci est indéniable depuis les expériences de Poncet, puisque le sang injecté dans la cavité péritonéale d'animaux sains a toujours été résorbé; puisque aujourd'hui dans les laparotomies, on se préoccupe peu de laisser quelques caillots : le péritoine est là pour parachever sa propre toilette.

(1) Expériences de Ferber, Poncet.

Nécessité d'adhérences anciennes pour limiter l'épanchement : voilà une condition sine qua non de l'hématocèle (Schroëder (1), Fritsch (2), Nélaton, de Sinety). Les néomembranes constituent une sorte de pont entre la paroi supérieure de l'utérus et le rectum ou la vessie selon la variété, rétro ou ante, et limitent ainsi un espace tout préparé pour recevoir le sang épanché et donner lieu à l'apparition subite d'une tumeur ante ou rétro-utérine.

Dans ce cas, il faut admettre qu'il peut se produire à la longue des adhérences des anses intestinales entre elles, et avec les parois abdominales, ou encore que l'abondance même de l'épanchement amène l'altération de la séreuse, due à un contact prolongé et une sorte d'imbibition permanente (3).

L'écoulement sanguin dans le péritoine amène toujours des douleurs vives et une réaction péritonéale intense. Ce sont là les signes d'une péritonite locale aseptique et qui aboutit à la formation de membranes enkystantes.

Au bout de combien de temps arrive l'enkystement, à quelle époque l'hématocèle libre est-elle seulement diagnosticable, — en tant qu'hématocèle tumeur ? 8 à 10 jours et plus, nous répond Martin (4), moins longtemps, disent d'autres. Généralement 5 jours après le début des accidents, si l'épanchement se limite en position déclive, on doit sentir une certaine résistance dans l'un des culs-de-sac.

B). Mais l'enkystement n'est pas le facteur unique : il faut un écoulement sanguin sans pression trop forte, c'est-à-dire une hémorragie modérée : sans quoi les malades meurent, soit par le cataclysme produit par l'hémorragie, soit dès le début de l'enkystement par l'abondance de la

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1873.

(2) Lassenburg, Kl. von R. Volkman, Leipzig, 1873.

(3) Pozzi, p. 840.

(4) Martin. — *Archives für Gyn.*, 1893.

perte. Le péritoine, mis en éveil par ce raptus sanguin, a le temps par une réaction prompte d'organiser une barrière contre l'hémorragie future. Et comme nous le verrons plus loin (que ce soit grossesse tubaire ou les anciennes théories), l'épanchement ne se fait pas en une, mais en plusieurs fois.

Voilà ce qu'on peut lire dans tous les classiques. Le sang épanché dans la cavité péritonéale gagne les parties déclives.

Mais pourquoi le plus souvent en arrière ? — Etudier les causes de l'hématocèle anté-utérine, c'est étudier en même temps les raisons de cette fréquence dans le Douglas.



CHAPITRE III

Causes particulières de l'hématocèle anté-utérine

A. — Causes que les classiques reconnaissent à l'hématocèle anté-utérine.

B. — Elle semble dépendre 1, de la position de la malade.

2, de la position de la trompe.

3, de la mobilité de l'utérus.

4, de sa position (de l'hématocèle anté-utérine dans les déviations et le prolapsus.

5, de la déplétion de la vessie.

6, de l'endroit de la rupture tubaire.

7, de la rareté de la péritonite antérieure.

L'hématocèle dite supra-utérine pourrait peut-être n'être qu'une hématocèle anté-utérine avortée.

Elle peut être un hématome aussi.

Elle est souvent primitive.

Dans le cadre des hématocèles anté-utérines, peuvent rentrer :

Les hématocèles totales.

Les hématocèles anté-utérines proprement dites.

Les hématocèles supra-utérines.

Quelques hématomes.

L'utérus en arrière est la condition préalable et nécessaire à la formation de l'hématocèle anté-utérine.

« On comprend très bien que le cul-de-sac de Douglas étant la partie la plus déclive du bassin, le siège de l'hématocèle soit ce lieu préféré. » Sans ôter de la valeur à cette affirmation, nous la croyons insuffisante.

Nous passerons en revue les conditions de l'hématocèle en avant de l'utérus que nous avons pu trouver éparses dans les différents auteurs.

Ensuite nous exposerons nos recherches et nos idées sur le sujet.

Tout concourra ainsi à expliquer la fréquence de l'hématocèle rétro-utérine par rapport à l'autre, peut-être même dans les déviations utérines.

A) Voici, résumées, les causes que les classiques reconnaissent à l'hématocèle.

SCHRÖEDER (1) « Pour qu'il y ait hématocèle anté-utérine, il faut que la *matrice soit déviée en arrière ou retenue* dans cette position par des adhérences. »

« Elle (2) peut n'être (l'anté) que la manifestation partielle d'une hématocèle rétro-utérine considérablement enkystée qui s'étend par-dessus l'utérus jusqu'à la paroi abdominale antérieure. Le plus souvent *elle ne survient que lorsque les parois du cul-de-sac de Douglas sont intimement soudées l'une à l'autre*. Lorsque l'utérus est relié au rectum, l'excavation vésico-utérine se déprime insensiblement de plus en plus sous l'action de la presse abdominale, et remplace alors en tous points le cul-de-sac de Douglas, même au point de vue de l'établissement d'une hématocèle. »

PONCET (3). « En thèse générale, les épanchements sanguins anté-utérins sont consécutifs à un *cloisonnement ancien du cul-de-sac postérieur*. Des accidents de pelvi-péritonite ont, à un moment donné, provoqué la formation d'adhérences entre les feuillets qui limitent en avant et en arrière la cavité de Douglas.

De COURTY (4). « L'épanchement se fera de préférence derrière l'utérus où se trouve le *plus grand développement* de la séreuse, en même temps que les ovaires et les *pavillons sont toujours dirigés en arrière*, et non en avant. Aussi l'hématocèle est-elle plus souvent rétro-utérine que péri-utérine. Cette règle est si formelle que l'hématocèle anté-utérine est considérée comme n'étant que généralement secondaire et *jamais primitive*, et ne se formant qu'à la suite d'une hématocèle péri-utérine ou rétro-utérine qui l'a précédée et dont la continuation est devenue impossible par suite d'adhérences, de brides

(1) Schröder. — In *Archiv. für Gyn.*, 1873.

(2) Id. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1886.

(3) Poncet. — *Thèse d'agrégation*, 1878, p. 75.

(4) Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1881, p. 1811.

fibreuses unissant l'utérus au rectum et au sacrum de manière à empêcher la continuation de tout épanchement sanguin dans l'espace de Douglas. ».

POZZI (1). « Cependant, il peut arriver que ce cul-de-sac (de Douglas) ait été *oblitéré par un travail plastique antérieur*. Alors c'est en avant, entre la vessie et l'utérus que le sang s'amasse sous l'influence de la pesanteur.

JOUSSET (2). « Ce siège est rare, parce que le cul-de-sac utéro-vésical *est moins profond* que le cul-de-sac recto-utérin, parce que dans la position couchée, le sang qui serait épanché dans cette région aurait par son propre poids une tendance à passer dans le cul-de-sac postérieur.

BARNES (3) croit que la réplétion de la vessie tendrait à produire le même résultat.

Que retenir de ces diverses citations? C'est que l'*oblitération* du *Douglas*, soit par rétroversion de l'utérus, soit par cloisonnement du cul-de-sac; que la situation du cul-de-sac antérieur et la disposition des ovaires et pavillons en arrière suffisent à expliquer la rareté de la variété anté-utérine.

B) Nous avons pensé qu'il devait y avoir d'autres raisons :

1° A propos des épanchements pleurétiques, Pottin, Luzzato (4), ont montré que ces épanchements pouvaient prendre des formes spéciales au début, pendant leur période d'accroissement, et que celles-ci étaient quelquefois en rapport avec la profession du malade.

Dans deux de nos observations (XIV et XVI), ne voyons-nous pas nos malades être prises d'accidents après avoir passé leur journée à laver, le corps plié en avant. Il sem-

(1) Pozzi. — *Traité de Gynécologie*, 1892.

(2) Jousset. — *Loco citato*, p. 47.

(3) Barnes. — *Traité clinique des maladies des femmes*.

(4) *Gaz. Hôpitaux*, 1894, p. 459.

ble que dans cette situation le cul-de-sac antérieur soit alors plus bas que le Douglas.

2° Supposons, comme l'admet Courty, que la direction des ovaires et des trompes en arrière soit une cause de fréquence de l'hématocèle du Douglas. Supposons en outre que la face postérieure des trompes soit le lieu de choix des ruptures (ce que nous n'avons pas encore prouvé). Ces deux conditions sont donc réelles pour expliquer la fréquence de l'hématocèle postérieure. Cependant, parfois, la trompe peut se trouver reportée en avant (obs. III, XIV et XVII).

3° Nous ne pouvons non plus passer sous silence la propriété de l'utérus de varier de position. C'est, selon l'expression de Testut, « un organe en équilibre instable ». Cet auteur, en effet, nous montre deux figures (1) où l'utérus, chez une nullipare, s'est trouvé totalement reporté dans le sacrum par les anses intestinales remplies de matières fécales et remplissant le cul-de-sac antérieur. Dans ces conditions, nous n'avons certes pas besoin de la théorie Schröder, Pozzi, pour expliquer la possibilité d'une hématocèle anté-utérine.

Supposons que le sang suinte directement dans le Douglas : dans les conditions présumées, ce cul-de-sac exprimera continuellement son contenu grâce aux mouvements continus de l'utérus en rétroversion que lui communiquent les mouvements péristaltiques de l'intestin, et le sang viendra en avant se répandre au milieu des anses intestinales.

4° L'observation précédente est donc intéressante. Elle semblerait nous affirmer que l'hématocèle variera selon les diverses positions de l'utérus.

(1) Testut. — *Anatomie*, 1892-1894, p. 1068 et 1069, fig. 1626.

L'utérus normal n'est pas en équilibre instable. Pour qu'il y ait instabilité, il faut relâchement de certains ligaments ; c'est un état maladif qu'on observe après les grossesses ou chez les femmes qui travaillent. Cet état prédispose surtout aux déplacements postérieurs.

Dans la position couchée, l'utérus, toujours gros dans ces cas, se porte vers le sacrum ; dans la position debout, l'utérus garde la situation que nous constatons fréquemment, incliné en arrière, sans flexion réelle ni version. Les ligaments larges suivent le mouvement. Le cul-de-sac de Douglas alors n'existe plus que virtuellement ; au contraire, le cul-de-sac vésico-utérin est très développé. Si un écoulement sanguin se produit, il remplira vite les espaces postérieurs sans les distendre, puis l'espace antérieur où la collection se trouvera en réalité.

Est-il toujours nécessaire que l'utérus soit fixé en arrière pour que l'hématocèle se produise dans les conditions précédemment supposées ? Nous ne le pensons pas.

Qui dit déviation, ne dit pas nécessairement fixation. On pourrait penser que le poids seul de l'utérus, plus ou moins métritique, suffit à le faire basculer en arrière ; survient-il une hémorragie dans le pelvis, il va reprendre plus ou moins sa place et nous aurons une hématocèle rétro-utérine (le Douglas étant la partie la plus déclive, recueillera à lui seul le liquide en faisant basculer en avant l'utérus), où plutôt une hématocèle totale, mais autant seulement que le permettrait la vacuité de la vessie et l'abondance de l'hémorragie.

Or, l'utérus est plus lourd que le liquide ; il ne semble donc pas que notre proposition soit réalisable. L'organe ne saurait se redresser. La fixation en arrière n'est donc pas nécessaire pour la constitution de l'hématocèle anté-utérine.

L'utérus étant couché en arrière, l'épanchement se fait

en avant de cet organe. Ce qui tendrait à redresser celui-ci serait une force due à la pression du liquide épanché dans les parties encore libres du Douglas. Or, cette force ne peut être supérieure à la pression sanguine intravasculaire et celle-ci est absolument incapable de déplacer un utérus en état de métrite.

En est-il de même dans le prolapsus ?

L'utérus instable constitue un état pathologique fréquent. C'est dans bien des cas le premier degré du prolapsus utérin. Les ligaments ronds et utéro-sacrés se relâchent. Il en résulte un abaissement de l'utérus qui, pour suivre l'axe antéro-postérieur du bassin (condition nécessaire au prolapsus), se couche en arrière, presque dans l'axe du canal vaginal. Dans cette position, le cul-de-sac vésico-utérin est ouvert à angles très obtus ; la pression abdominale tend à le rendre plus profond, le distend entre les ligaments ronds et crée un espace tout préparé pour une collection.

L'hématocèle anté-utérine n'existe que quand le cul-de-sac vésico-utérin a pris physiologiquement le rôle du Douglas. En effet, si la capacité du Douglas varie selon l'état de réplétion du rectum et de la vessie et que dans l'état de vacuité de ces organes les anses intestinales viennent tout naturellement se mettre en contact avec la partie la plus déclive du bassin (puisque l'utérus sain suit la vessie vidée quand celle-ci se met en avant), ne semble-t-il pas tout naturel de renverser le problème, étant donné ce que l'on sait de la rétroflexion naturelle de l'utérus malade. Dans ce cas, le cul-de-sac vésico-utérin se substitue au Douglas, et dans l'état de vacuité de la vessie, les anses intestinales s'en viennent prendre place dans un cul-de-sac qui, dans l'état sain du pelvis, est virtuel. Telle est la situation dans le cas d'une simple déviation et d'un prolapsus.

5. Voulons-nous une preuve de ces affirmations ? Nous la trouverons dans la constitution des hématoécèles dites *supra-utérines* que nous dénommerons des hématoécèles *anté-utérines avortées*.

Voilà l'utérus en arrière et le cul-de-sac vésico-utérin faisant fonction du Douglas. Mais la vessie est là qui reprend tous ses droits. C'est elle qui fixe en quelque sorte le degré de l'hématoécèle anté-utérine. Reste-t-elle vide : le liquide, plus lourd que les intestins remplis d'air, prend la place qu'ils occupaient dans le cul-de-sac antérieur et s'y coagule ; la vessie s'emplit-elle : il y a lutte entre le liquide urinaire et le liquide sanguin qui, glissant sur ses parois, sortira du pelvis et s'étendra au devant de la paroi abdominale.

Nous causons des hématoécèles supra-utérines (1). Est-ce là leur seul mécanisme ? Elles peuvent encore être le résultat d'une hématoécèle rétro-utérine. Prenons le processus d'une dite hématoécèle : si l'hémorragie continue ou encore si elle reprend après enkystement, ou encore si elle se fait au-dessus d'adhérences du Douglas, il y aura formation d'une hématoécèle qui dépassera l'utérus et confinera à la paroi abdominale antérieure, parce que normalement le cul-de-sac vésico-utérin n'est pas fait pour recevoir une hématoécèle et qu'encore une fois la variété antérieure est une variété d'exception réclamant des conditions absolument particulières (déplétion de la vessie et refoulement de l'utérus en arrière).

Est-ce cependant, dans la formation des hématoécèles supra-utérines, le seul facteur à faire intervenir que l'influence du contenu vésical ? — N'oublions pas que l'épanchement sanguin s'arrêtera lorsque la pression dans le

(1) Qui, à notre avis, n'ont d'existence propre que grâce à la réplétion combinée et simultanée du rectum et de la vessie ou encore au cloisonnement des culs-de-sac péri-utérins.

foyer hémorragique sera égale à la pression abdominale. A-t-on affaire à une nullipare : l'épanchement sera faible ; à une multipare dont la paroi abdominale peut se distendre : on aura une hématocele volumineuse, des variétés totale ou supra-utérine. N'est-ce pas ce qui se passe dans les grossesses extra-utérines rompues ? Le sang collecté s'enkyste ; on ouvre : des hémorragies formidables se déclarent.

6° En admettant la grande fréquence des grossesses extra-utérines comme cause d'hématocele, Delbet (1) prétend que « le lieu de la rupture de la trompe gravide a toujours lieu en bas, là où il n'y a pas de péritoine... » mais ces faits expérimentaux (liquides chauds, gélatine, suif, eau froide) ne sont d'aucun secours pour expliquer les ruptures pathologiques qui se font dans le péritoine. Il ne reconnaît dans les ruptures des salpingites « que deux mécanismes qui peuvent s'associer l'un à l'autre, ce sont les altérations de la paroi (ulcérations véritables, troubles trophiques qui amènent un amincissement) et les adhérences qui agissent en exerçant sur la paroi tubaire de véritables tractions. »

Nous savons les adhérences très fréquentes dans le pelvis et rien de surprenant que la grande fréquence des hématoceles en arrière. Ce mécanisme de rupture dans les grossesses extra, vient donc, comme pour ceux qui admettent la théorie de la pachy-péritonite, augmenter en arrière le nombre des hématoceles. Mais nous devons ajouter que dans les cas de grossesse tubaire, les vaisseaux se sont notablement dilatés, et, partant, sont plus aptes à donner une hémorragie abondante.

Il était intéressant de savoir aux dépens de quelle face du kyste ces vaisseaux se développaient et en consé-

(1) Delbet. — *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.

quences si leur rupture avait plus de chance de provoquer une hématoçèle en avant ou en arrière (1).

N'ayant rien trouvé dans les livres, nous avons entrepris à ce sujet quelques expériences. Mais à ce travail existait une objection préalable. « Nous savions que Poncet, après les expériences de Tripier sur le cadavre, avait montré qu'en injectant de la matière colorante dans les ligaments larges, on voyait le liquide envahir *d'abord le cul-de-sac vésico-utérin*, puis, consécutivement, le cul-de-sac postérieur et les latéraux à la fois. »

« Il est très possible, ajoute Martineau (2) que l'épanchement sanguin suive cette marche dans son développement. Voilà donc des expériences en faveur de nos idées ; elles confirment même cette idée que l'hématoçèle serait toujours un hématome à l'origine.

Mais depuis Poncet, Delbet se refuse à croire à toutes ces expériences parce que : *a)* Jamais les ruptures expérimentales ne se font du côté de la séreuse. *b)* Parce que l'accumulation du liquide qui se produit dans une trompe, sous l'influence de la maladie, n'est en rien comparable à celle qu'on produit par une injection brutale.

Voilà donc deux expérimentateurs distingués, Tripier, Delbet, en contradiction pour la première proposition.

Telle est la question : une injection poussée dans la trompe fuse-t-elle dans le tissu cellulaire ou bien se rompt-elle dans le péritoine et toujours en avant ? — Il nous faut donc :

A) Chercher à résoudre cette question.

B) Voir sur quelle face du ligament large se trouvent les vaisseaux.

(1) Nous verrons à l'*Anatomie-Pathologique* que la rupture a lieu à l'insertion du placenta, et en arrière dans le cas de grossesse tubaire.

(2) Martineau, p. 885.

A) Il semble d'abord que les deux choses soient possibles. Dans l'observation XX, nous avons à la fois une hématoçèle intra et extra-péritonéale, une première entre la partie antérieure de l'utérus déviée à droite, et la paroi postérieure de la vessie, du volume d'une très petite orange. On rencontre un deuxième foyer semblable au premier, à gauche du col de l'utérus, en dehors de la séreuse, entre la symphyse pubienne et le vagin.

A la rigueur, nous ne saurions chercher de meilleures preuves que cette observation.

Elle résout même par la négative, que l'hématoçèle anté-utérine, serait *toujours* une *hématoçèle* du ligament large. Nos observations le prouvent.

B) Il ne nous en reste pas moins à démontrer quelle est la face préférée des vaisseaux de la trompe.

Les vaisseaux n'ont pas de face préférée.

En effet, après injection préalable, nous avons disséqué les vaisseaux du ligament large en enlevant la séreuse de la face antérieure : les vaisseaux paraissaient appartenir surtout à cette face. Nous les avons disséqués par le côté postérieur : même constatation.

Quelle que soit la face de rupture des vaisseaux, ce facteur ne saurait entrer en ligne de compte dans la solution du problème.

7° Pour ceux qui ne voient en l'hématoçèle qu'une manifestation de la pachy-péritonite hémorragique, nous devons encore considérer comme un facteur essentiel, la rareté des pelvi-péritonites du cul-de-sac vésico-utérin. Nous avons bien la paramérite, mais ses lésions sont autres que celles de la pelvi-péritonite.

Avant de terminer ce chapitre particulier à la variété anté-utérine, nous devons résoudre deux questions qui ont été posées :

Les hématoçèles anté-utérines ne seraient que des hématoçèles du ligament large (hématomes).

Ou encore elles ne seraient le plus souvent que l'extension d'une hématocele rétro-utérine.

L'une et l'autre de ces propositions semblent exagérées.

C'est dans Pozzi que nous lisons cette affirmation. « Braun et Schröder en ont cité des exemples (d'hématocèles anté-utérines), d'autres plus nombreux se rapportent à des hématoèles extra-péritonéales. Et plus loin : Elle (l'hématocele extra) est franchement latérale, et s'il en existe des deux côtés, l'une est incomparablement plus grande que l'autre. Les deux foyers peuvent, du reste, arriver à se réunir. La collection siège même parfois en avant de l'utérus. »

Cette idée vient encore de ce que l'on dit à propos de l'hématocele extra-péritonéale.

« Un signe important au point de vue du diagnostic différentiel (avec l'hématocele intra-péritonéale) est le prolongement de la tumeur vers le côté opposé, soit en avant, soit en arrière de l'utérus, ou l'existence d'une tumeur bilatérale (Bandl). Barnes, dans sa classification, les range nettement dans la variété extra. Boisieux (1) s'exprime ainsi : Mais dans bien des cas, les hématoèles prises pour des hématoèles anté-utérines n'étaient autres que des hématomes de la trompe, de l'ovaire ou, comme dans le cas signalé par Schröder, il s'agissait, non d'une hématocele anté-utérine, mais d'un hématome d'une corne oblitérée d'un utérus double.

Surer (2) admet que l'hématocele anté-utérine est une extra-péritonéale, la nommant « pseudo-hématocele anté-utérine ».

(1) Boisieux. — *Clinique française*, 1894.

(2) Surer. — *Thèse*, Paris, 1890. — Nous nous permettons cette longue citation parce qu'elle explique bien l'anatomie pathologique des hématomes ou hématoèles extra-péritonéales.

Voici d'ailleurs comment il s'exprime :

On a divisé les hématoèles en deux variétés « quand le sang passe dans la cavité péritonéale, il s'accumule naturellement dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et y constitue ce qu'il convient d'appeler : hématoèle rétro-utérine, ou hématoèle intra-péritonéale.

Quand, au contraire, l'hématoèle se produit dans l'épaisseur du ligament large dont elle dissocie les éléments et écarte les deux lames, elle donne lieu à l'hématoèle latéro-utérine ou hématoèle extra-péritonéale.

La première est située derrière l'utérus ; elle est limitée par le péritoine du grand cul-de-sac et ne peut pas descendre au-dessous de lui. La deuxième se développe sur les côtés de l'utérus ; aucune barrière sérieuse ne lui fait obstacle en bas ; le sang, tendant toujours à obéir à la pesanteur fuse le long des parois vaginales.

Voilà les deux seules variétés d'hématoèles que nous donnent les livres classiques. De telle sorte que l'hématoèle anté-utérine n'est qu'hématome.

Quand un thrombus se forme au sein du ligament large, le sang peut y former une masse limitée ou fuser dans les régions voisines : ainsi se constituent, si la tumeur confine au bord utérin, la pseudo-hématoèle latérale ; ou bien la pseudo-hématoèle antérieure, si elle embrasse le col en avant ; ou bien la pseudo-hématoèle postérieure, si elle l'enserme en arrière ; ou même la pseudo-hématoèle ischio-rectale, si elle tend à se prolonger en arrière du côté de l'anüs.

On a parlé quelquefois d'hématoèles latérales ou antérieures : ni les unes, ni les autres ne sont la conséquence d'hématoèle interne dans un péritoine sain. Quand il se produit une hématoèle intra-séreuse dans un péritoine sain, le sang s'accumule toujours au point le plus déclive et remplit tout ou partie du Douglas.

« Ainsi l'hématocèle anté-utérine est toujours une extra-péritonéale. »

Incontestablement, il existe des hématocèles extra-péritonéales anté-utérines : mais forment-elles la majorité ? réponse impossible à faire, de même qu'il est impossible de répondre à ceux qui prétendent d'une façon générale que toutes les hématocèles sont primitivement des hématomes (1), d'autant plus que nous verrons combien en clinique et même à la laparotomie (Binaud), il est difficile de faire le diagnostic différentiel entre les deux variétés, malgré les affirmations contraires de quelques-uns.

Il nous reste maintenant à répondre à la deuxième question posée : les hématocèles anté-utérines ne seraient que l'extension d'une rétro-utérine. Il en existe, ce sont celles que nous comprendrons sous le terme d'hématocèles totales, mais elles forment une minorité.

C'est l'idée émise par Schröder, qui prétend que l'anté-utérine primitive est fort rare. La secondaire, c'est-à-dire celle qui est la conséquence de l'extension d'une hématocèle rétro-utérine ou latérale, le serait moins.

On verra que le nombre d'hématocèles totales est fort restreint, de même aussi les exemples d'hématomes ou d'hématocèles latéro-antérieures. Cette rareté s'explique non seulement par le mécanisme de leur formation, mais encore par les difficultés du diagnostic.

(1) Gallard, 1875. — « Toutes les hématocèles seraient d'abord latérales ».



CHAPITRE IV

Pathogénie

Complexe et diversement interprétée.

Exposé historique des théories. Deux théories distinctes se sont partagé la faveur des savants :

- 1) Hématocèle primitive : le sang fourni par un des organes du petit bassin irrite secondairement le péritoine et s'enkyste.
- 2) Hématocèle secondaire à la péritonite chronique hémorragique, pachypelvi-péritonite.

Examen des différents organes d'où peut provenir le sang épanché.

A tant de causes reconnues, ne peut-on pas ramener à une seule, l'hématocèle ? à la *salpingite*, terme primitif.

Que l'hématocèle soit rétro ou anté-utérine, elle se réclame toujours des mêmes causes. Aussi bien avons-nous pensé ne pas offrir un hors-d'œuvre en mettant sous les yeux du lecteur la pathogénie, fort longue et fort discutée, de l'hématocèle.

Il nous a semblé intéressant de faire d'abord une sorte de tableau chronologique, méthodique et succinct des théories, au fur et à mesure de leur apparition, ensuite de les discuter et de voir s'il n'en était pas quelques-unes entre lesquelles on pût se limiter ; d'autant plus que plusieurs d'entre elles se tiennent de très près, bien que nées à des époques différentes. Une fois classées par communauté d'origine, on verra avec avantage que s'il était exact, en 1884, de dire que « la provenance de l'hémorragie péritonéale était le point le plus controversé et le plus obscur de l'histoire de l'hématocèle (1), cette propo-

(1) De Sinety. — *Traité pratique de Gynécologie*, 1884.

sition n'est plus vraie en 1895, grâce à la tendance actuelle à rattacher l'hématocèle à la grossesse tubaire dont elle serait la complication la plus fréquente.

D'une façon générale, la pathogénie de l'hématocèle comprend 2 périodes : une première où chacun veut faire une théorie ; la deuxième, datant de 1888, où tout dépend d'une grossesse extra (idée émise le premier par Gallard).

Commençons par l'exposé chronologique.

1671 Ruysch (1) signale pour la première fois un épanchement sanguin rétro-utérin qu'il attribua au *reflux du sang menstruel* dans le péritoine.

1818 Andral.

1831 Récamier (2), Bourdon (3), ne se préoccupent que des moyens thérapeutiques.

1848 Bernutz (4), le premier, formule nettement son opinion. Ces tumeurs hématiques reconnaissent pour unique cause le *reflux du sang menstruel* de l'utérus dans la cavité pelvienne par suite, soit d'un obstacle mécanique congénital ou acquis, soit d'une contraction spasmodique du col.

1850 Viguès (5), sous l'inspiration de son maître Nélaton (6) qui lui-même développe ses idées dans une série de leçons cliniques à Saint-Louis, démontre que la plus grande part dans la formation de l'hématocèle doit être attribuée à l'*ovaire* confectionné, dont le sang, au moment de la rupture de la vésicule de de Graaf, s'épancherait directement dans le péritoine. Il suffit que le phénomène de la ponte spontanée s'accompagne d'une congestion et d'une hémorragie de l'ovaire dépassant les limites physiologiques normales pour que le sang tombe et s'accumule dans le Douglas, s'y enkyste, et donne l'hématocèle.

(1) Ruysch. — *Obs. an. chir. centuria*. Amsterdam, p. 110, 1690.

(2) Récamier. — *Lancette française*, 1831.

(3) Bourdon. — *Tumeurs fluctuantes du petit bassin*, 1841.

(4) Bernutz. — *Archiv. gén., méd.*, 1848.

(5) Viguès. — *Thèse*, Paris, 1850.

(6) Nélaton. — *Gaz. Hôp.*, 1851.

- 1855 Laugier (1) même théorie que Nélaton. Il impute exclusivement à l'*ovaire malade* ce que son collègue attribuait à l'*ovaire sain*.
- 1855 Gallard (2), même théorie que Laugier ; de plus, il pose, sans la résoudre, la question de savoir l'influence exercée à ce point de vue, de savoir si le détachement d'un ovaire fécondé déterminera plus facilement l'hématocèle que celui d'un ovaire non fécondé.
- 1858 Richet (3), par la thèse de Devalz, cherche à démontrer que la source la plus commune de l'épanchement sanguin intra-péritonéal réside dans la *rupture des veines variqueuses du plexus utéro-ovarien*.
- 1858 Puech (4) et Trousseau (5) accordent aux *plexus utéro-ovariens* un rôle prépondérant.
- Voisin (6) émet pour la première fois la question de l'*exhalation sanguine aiguë du péritoine*.
- Gallard (7) tend à assimiler l'hématocèle spontanée à une *ponte extra-utérine*. C'est cette opinion qu'il développe dans ses leçons de 1873.
- 1860 Bernutz (8) revient sur la théorie du reflux menstruel que Voisin, 2 ans avant, venait de rejeter.
- 1862 Premiers travaux allemands :
- Ferber (9) : le sang serait dû à la rupture de *fausses membranes de pelvi-péritonite*.
- 1867 Wirchow (10) qui, assimilant l'hématocèle rétro-utérine à l'hématome de la dure-mère, fait sienne la théorie de la pachy-péritonite.

(1) Laugier. — *Mémoires Ac. sciences*, 1855, p. 455.

(2) Gallard. — *Gaz. hebdomadaire*, 1858.

(3) Devalz. — *Thèse*, Paris, 1858.

(4) Puech. — *Hématocèle péri-utérine. Ses sources*. Montpellier, 1858.

(5) Trousseau. — *Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu*.

(6) Voisin. — *Thèse*, Paris, 1858.

(7) Gallard. — *Archives G. de Méd.*, 1860.

(8) Bernutz. — *Clinique des maladies des femmes*, 2 vol., 1860.

(9) Ferber. — *Archiv der Heilkunde*, 1862.

(10) Wirchow. — *Pathologie des tumeurs*, Paris, 1867.

- 1868 Trousseau (1) admet deux espèces d'hématocèles : l'une, rare, a son point de départ dans l'ovaire ; l'autre, fréquente, tubaire ou cataminale.
- 1873 Gallard (2) affirme sa théorie de 1855 : l'hématocèle n'est le plus souvent *qu'une grossesse extra-utérine*, idée qui, grâce aux laparotomies, sera reprise de nos jours.
- 1876 Drapier (3) contribue à édifier la théorie de Virchow.
- 1877 Besnier (4) donne à la théorie de Virchow le nom de *Pachy-péritonite hémorragique*. Il admet en outre que ce serait dans le cours ou peu de temps après l'apparition d'une péritonite aiguë que se développerait l'épanchement.
- 1878 Poncet (5) : on ne saurait adopter un mécanisme unique. La plupart des épanchements sanguins intra-péritonéaux sont dûs à un trouble de l'ovulation.
- 1883 Jousset (6).
- 1884 Figari (7) : l'hématocèle consécutive à la pelvi-péritonite est beaucoup plus fréquente.
- 1888 Bernutz (8) réédite la théorie de Virchow avec observations à l'appui.
- 1886 Lawson-Tait, et après lui Keller (9), Orthmann (10), Boisleux (11), Binaud, Emmet, Barnes, Galabin, Playfair, Pozzi,
- 1894 Segond, Bonnet et Petit, Cestan, considèrent la grossesse ectopique comme une des causes les plus fréquentes de l'hématocèle.

Cet exposé achevé, nous allons chercher à grouper, sous quelques chefs principaux, ces nombreuses théories.

(1) Trousseau. — *Leçon clinique*, in *Gaz. Hép.*

(2) Gallard. — *Leçons cliniques*, 1873, p. 670.

(3) Drapier. — *Thèse de Paris*, 1876.

(4) Besnier. — *De la Pachy-péritonite hémorragique*, 1871, in *Annales de Gynécologie*.

(5) Poncet. — *Thèse d'agrégation*, 1878.

(6) Jousset. — *Thèse, Paris*, Essai sur les hématocèles intra-péritonéales.

(7) Figari. — *Thèse, Montpellier*.

(8) Bernutz. — *Conférences cliniques*, éditées post mortem. Masson, 1888.

(9) Keller. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1889, p. 801.

(10) Orthmann. — *Zeitschrift f. Geb. in. Gyn.*, 1890, p. 20.

(11) Boisleux. — *Clinique française*, juillet, 1891.

Nous avons pensé pouvoir faire deux classes :

A) Hématocèles qui sont le résultat d'un trouble ou d'une lésion des organes de la génération et qui se ramènent à 2 groupes :

a) L'épanchement est primitif.

b) L'épanchement est secondaire à la pelvi-péritonite.

B) Hématocèles ressemblant cliniquement aux précédentes mais qui doivent en être distraites : l'hémorragie pouvant ne pas être d'origine génitale.

Une question doit se poser ici : peut-il y avoir tant de causes différentes qui aboutissent à une seule affection ? N'y aurait-il pas des causes à éliminer ? Etant donnée une malade atteinte d'hématocèle, ne peut-on pas se restreindre entre quelques hypothèses et circonscrire son diagnostic ? C'est à la fin du chapitre que nous verrons ce qu'il faut penser de cette dernière question.

A) *Théories de l'épanchement primitif*

UTÉRUS. — *Reflux des règles*. Hématomètre

par atrésie

dysménorrhée membraneuse (Guérin)

contraction spasmodique du col (Bernutz).

OVAIRES. — 1. *Sains* mais congestionnés (Viguès, Nelaton).

2. *Malades*. Apoplexie (Laugier). Hématomes (Virchow) et ovarites infectieuses.

3. *Fécondé* (Gallard).

TROMPES. — 1. *Saines*. Hémorragie déviée de la trompe (Surer, Pozzi)

par atrésie de l'ostium

par contract. spasmod. de l'ostium.

2. *Malades*. Hématosalpinx (L. Tait)

3. *Grosses*. Gr. tubaire trompe (Gallard, Binaud, pseudo-hématocèle de Hugnier)

Placenta (Pozzi),

LIGAMENT LARGE ET APPAREIL VASCULAIRE. — Plexus Utéro-ovarien (Richet)
Varices (Devalz).

B) *Théories de l'épanchement secondaire*

PÉRITOINE. — Exhalation sanguine aiguë (Voirin).

Fausse membranes de pelvi-péritonite (Virchow).

Pachy-péritonite hémorragique (Besnier).

Nous ne prétendons pas que ce tableau soit rigoureusement exact ; mais si nous regardons cette classification comme un cadre destiné à faciliter la description, nous la trouverons cependant utile.

Utérus

Le reflux du sang de l'utérus dans la cavité tubaire explique en général l'origine de certaines hématoécèles (dites spontanées ?), soit qu'il y ait atrésie du col, et hématomètre consécutif (1) (Gallard et Schröder), soit que la membrane muqueuse dans la dysménorrhée membraneuse vienne pendant la menstruation faire bouchon et fermer le col de l'utérus (2) (Al. Guérin), soit enfin comme Bernutz, le premier, l'admit, il y ait contraction spasmodique du col. Cette rétention du flux menstruel donne lieu à un épanchement intra-abdominal qui n'est jamais le résultat de la rupture de l'utérus, mais de l'une des trompes ou des moyens d'union entre les trompes et les ovaires.

Il peut être assez difficile de comprendre comment le sang peut passer de l'utérus dans la trompe. A l'état normal cela est impossible. Combien aujourd'hui de lavages de la cavité utérine, même sous une certaine pression, et

(1) Observ. d'Olshausen. — *Hématoécèle après hématomètre* : in Barnes, p. 501.

(2) Pendant l'avortement il peut y avoir obstacle à l'écoulement du sang : in Barnes, p. 508.

sans accidents, sans reflux par les trompes. Cela s'explique, étant donnée l'étroitesse de l'orifice utérin de la trompe. Mais à l'état pathologique on comprend très bien que dans une hématomètre par atrésie du col, le sang, étant sous pression dans la matrice et ne pouvant pas sortir par sa voie naturelle s'échappe par la trompe (1). Du reste, pourquoi le sang ne pourrait-il pas refluer de l'utérus dans la trompe comme l'on voit, dans certain cas le pus refluer de la trompe dans la matrice? Nous avons observé plusieurs fois à la clinique de notre maître, M. Vautrin, un pyosalpinx se vider dans l'utérus pendant le curettage préalable précédant toute autre intervention (2).

On nous objectera peut-être que la disposition des fibres s'y oppose, que cette théorie n'est qu'une vue de l'esprit? Bernutz, Goupil l'admettent; plus récemment, dans l'article de M. le professeur Heydenreich (3), sur l'hématocolpos, n'est-il pas toute une méthode de traitement de cette affection (évacuation lente et en une seule séance de la collection sanguine), précisément afin d'éviter le reflux du sang par les trompes? — Quant à la contraction spasmodique cervicale de Bernutz, que faut-il en penser? — Poncet, Eménet se refusent à l'accepter. Toutefois, il n'est pas douteux qu'à l'état normal, l'utérus des animaux est contractile (Rohrig, Franmel). Ajoutons que les éleveurs savent reconnaître si la vache est fécondée ou non, selon qu'elle retient ou non la liqueur séminale. Citerons-nous les preuves de Beck et Gallicée, de Beigel

(1) Dans l'observ. VII de Bernutz-Goupil, p. 58, les trompes de Fallope étaient énormément distendues à tel point « que je pus facilement y passer le doigt ».

(2) Nous lisons d'ailleurs à l'appui de cette idée une observation d'hématosalpinx gauche vidé par la cavité utérine après dilatation de cette dernière. Observ. Fayle, in *Cestan*, p. 184. Et deux cas d'évacuation spontanée de pyosalpinx consécutive à une oblitération temporaire de l'orifice cervical. Blondel, p. 92, *Nouv. arch. d'obstétrique*, 1894.

(3) *Sem. médicale*, 1894. De l'hématocolpos et de son traitement.

qui, chez des femmes atteintes de prolapsus, ont vu à chaque friction du col des mouvements de dilatation et de resserrement? Citerons-nous l'observation anglaise reproduite dans tous les traités classiques de physiologie? (1) ou encore cette idée de Sinety qui attribue à l'excitation mécanique du col l'expulsion abondante du mucus qui se produit au moment de l'introduction du spéculum et que Després (2) appelle : éjaculation profonde de la femme?

« Pour M. le professeur Vautrin, l'atrésie du col se rencontrerait souvent. Elle est parfois spasmodique et en rapport avec des ulcérations ou fissures du col. Plus souvent elle est congénitale. Il a observé six fois des faits d'hématomètre en rapport avec l'atrésie et dans un de ces cas, il y a eu douleur vive dans le ventre et épanchement dans le Douglas. Il n'a fait dans ce cas que la dilatation extemporanée de l'orifice interne et les accidents ont été peu à peu conjurés. Une autre fois, il a observé chez une femme portant un utérus infantile avec atrésie (c'est le cas ordinaire), une hématocele rétro, qui a guéri spontanément, après dilatation avec les bougies de Hégear. — Du reste, il n'est pas nécessaire de prétendre qu'il existe un reflux de l'utérus vers le pavillon de la trompe dans l'hématomètre, pour expliquer certaines hématoceles. Il suffit de se représenter la sécrétion salpingienne ne trouvant pas issue vers l'ostium utérinum et s'évacuant vers le pavillon. »

Acceptons la théorie de Bernutz. A la société de chirurgie, le 2 janvier 1895 (3), à propos du massage utérin, Doléris n'a-t-il pas dit que par cette méthode (le massage) on pouvait exprimer dans l'utérus par l'ostium utérin le contenu de la poche salpingienne?

(1) Kuss-Duval. — *Physiologie*, p. 656.

(2) Després. — *Ac. Méd. déc.* 1895,

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 8 janvier 1895.

Ovaires

La théorie qui place dans l'ovaire le point de départ de l'hématocèle, doit comprendre deux points : Ou l'ovaire est sain ou il est malade. S'il est sain, nous avons la théorie de Viguès, Nélaton, fort discutable. Il paraît en effet peu probable que l'ovaire puisse atteindre un degré de conjection tel, qu'une quantité de sang pouvant varier entre 300 et 2,500 gr., s'échappe d'un ovaire qui en exhale à peine quelques grammes à l'état physiologique.

Aujourd'hui, non sans raison, ce rôle au moment des règles est plutôt dévolu à la trompe.

Si l'ovaire est malade : *a*) ou bien on a affaire à une ovarite infectieuse ; ou bien l'ovaire est transformé en une série d'hématomes (Observ. de Virchow) ; on comprend que le tissu ovarien, très friable, ne résiste pas toujours aux hémorragies successives qui peuvent se produire à chaque époque menstruelle, et que finalement il cède à la pression sanguine et donne ainsi lieu à l'hématocèle (1).

b) Ou il a été fécondé (Gallard) et il va donner lieu à une grossesse intra-péritonéale, à un véritable kyste fœtal qui, le jour où il se rompra, deviendra la source d'une hémorragie très abondante.

La fameuse apoplexie de l'ovaire de Laugier, Bœckel, Jousset, remise en lumière par Rollin (2) et quelques observations nouvelles (3), resteront toujours au second plan.

L'ovarite scléro-kystique est une affection qui est

(1) Pozzi. — La dégénérescence micro-kystique, résultat d'ovarite chronique, les kystes folliculaires et les kystes du corps jaune sont parfois le siège d'apoplexies dont la rupture donne lieu à un épanchement pelvien.

(2) Rollin. — *Thèse*, Paris, 1889. Hémorragies de l'ovaire.

(3) Apoplexie des kystes folliculaires, *Ann. gynécologie*, 1893, p. 37. — Causes rares d'hématocèle, Pilliet, Maurange, *Ann. gynécologie*, nov. 1893.

encore loin d'être élucidée. Est-elle capable à elle seule de provoquer l'hématocèle ? ou bien faut-il attribuer les hémorragies qui en dépendent à une grossesse ovarienne ?

Nous dirons seulement que si l'ovaire peut sans aucun doute être le départ d'hémorragies appréciables, elles sont néanmoins rares (1).

Trompes

Il est aujourd'hui un fait admis, c'est que les trompes au moment des règles sont le siège d'une exhalation sanguine analogue à celle de l'utérus.

Le fait avait déjà été admis par Trousseau. Lec, Pouchet ont constaté dans le conduit utéro-ovarien, au moment des menstrues, des caillots sanguins manifestement développés sur place. Scanzoni a pu faire la même observation sur trois femmes mortes à l'époque de leurs règles. « Et bien des désordres, ajoute Pozzi, observés à cette époque sous l'influence perturbatrice d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement, sont vraisemblablement causés par l'effusion d'une petite quantité de sang dans le péritoine où il se résorbe facilement. »

Si la transsudation est normale, il est facile d'admettre qu'elle puisse, à un moment donné, devenir assez abondante pour constituer un cas pathologique. Vienne encore s'ajouter à cette exhalation sanguine maxima, un état spasmodique de l'ostium utérinum pendant un coït par exemple, l'hématocèle aura de grandes chances pour se constituer. Outre cet état supposé spasmodique de l'ostium, Sinclair Stevenson (2) n'a-t-il pas dit que le rétrécissement de la trompe enflammée pouvait causer des hémorragies dans le péritoine au moment des règles ? Avant

(1) Pour ces cas, on tend aujourd'hui à reconnaître l'existence d'une grossesse tubo-ovarique (L. Tait, Martin).

(2) Edimbourg. — *Med. Journal*, mars 1888, p. 809, in Pozzi.

lui, Bernutz (1) ne cite-t-il pas des cas où l'oblitération congénitale des ostium utérinum ont été la cause d'épanchements sanguins ? La thèse de Morigny (2) n'est-elle pas construite en vue seulement de défendre ce mécanisme : oblitération momentanée de l'ostium, hématosalpinx ou grossesse extra-utérine, rupture, hématoécèle ?

Mais il est une cause que l'on ne saurait passer sous silence : nous voulons parler des hémato-salpingites. Ces kystes tubaires, remplis de sang, résultat probable de simples hémorragies survenues au cours d'une salpingite soit catarrhale, soit purulente, peuvent, ou passer directement dans la cavité péritonéale, sans enkystement préalable, ou se rompre une fois enkystés et constituer une hématoécèle. — Est-ce une cause fréquente ? Si le fait pathologique est habituellement démontré, (L. Tait) si ce même fait pathologique contribue à démontrer combien participe la trompe dans les phénomènes hémorragiques de la menstruation, malgré Segond qui nous dit que l'exhalation sanguine exagérée de la trompe, l'hématoécèle cataméniale de Trousseau n'a jamais été qu'une ingénieuse hypothèse : nous ne saurions la reléguer parmi les causes secondaires.

Avec Ferrari, Coe, Elliot, Reynolds, Barker (3), nous admettons que la salpingite hémorragique doit se combiner souvent à l'ovarite hémorragique et constituer la

(1) Bernutz (Obs. XXXI, XXXII, XXXIII). — L'observation XXXII est très intéressante. Nous y relevons un épanchement sanguin, intra-abdominal, rupture d'un kyste fœtal, formé par la trompe droite dont l'orifice utérin est fermé par un corps fibreux.

(2) Morigny. — *Thèse*, Paris, 1890.

(3) Ferrari. — *Ann. gynécologie. Milano*, 1892.

Coe. — *Amir Journal of Obstetrics*, 1852.

Elliot. — *The Boston med. Journal*, 1893.

Reynolds. — *The Boston med. Journal*, 1893.

Barker. — *Brit. med. J.*, février, 1833.

salpingovarite hémorragique (1), mais elle se complique souvent de lésions du péritoine ; auquel de ces trois organes donner alors le rôle principal, alors que ces lésions ne peuvent donner que des hématoécèles enkystées d'avance, peu considérables et lentes à se former ? (Salpingorragie de Pozzi).

Pour Walther (2), l'hématosalpingite a une grande importance, car elle est souvent l'origine de l'hématoécèle péritonéale. Reste à savoir si cette hématosalpingite reconnaît toujours pour cause la grossesse tubaire. Walther n'ose se prononcer, Bonnet l'affirme.

Depuis 1886, il est une cause d'hématoécèle bien plus fréquente que celles jusqu'alors énoncées. Je veux parler de la grosse extra-utérine. A Gallard (3) revient le mérite de l'avoir le premier signalée. Après lui viennent Breisky (4), Schröder (5), Fritsch, Léopold (6), Veit (7), Jousset, Dubousquet-Laborderie. Plus près de nous : Vieller (8) (1889), Orthmann (9) (1890), Boisleux, (1891), Pilliet (10), (1891), Binaud, (1882), surtout, grâce à une thèse très documentée, ont permis d'établir l'existence de la grosse tubaire par la présence de villosités choriales et de cellules déciduales dans les caillots de l'hématoécèle.

Depuis 6 ans, c'est à peu près la seule cause admise. Même engouement en 1892 pour cette théorie, que pour celle de Bernutz en 1848.

Il est vrai que les arguments ne manquent pas en sa

(1) Polier. — In *Nouv. Arch. obs.*, 1892, p. 508, accepte cette manière de voir.

(2) Walther. — *Diss. Ing. Giessen*, 1890.

(3) Gallard. — *Union médicale*, 1894.

(4) Breisky. — *Prager medizinische Wochenschrift*, 1876.

(5) Schröder. — *Archiv. Gyn.*

(6) Léopold. — *Archiv. Gyn.*

(7) Veit. — *Stuttgart*, 1884.

(8) Vieller. — *Centr. f. Gyn.*, 1889.

(9) Orthmann. — *Zeitschrift f. Geb. u. Gynæk*, 1890.

(10) Pilliet. — *Gaz. Hebd. méd.*, 1891.

faveur : Laparotomie, microscope, statistiques, tout s'est réuni sur ce terrain pour prouver la fréquence des grossesses extra. Si à la laparotomie on ne trouve pas le fœtus, c'est qu'il a pour qualité de se résorber facilement (Léopold); s'il est invisible, le microscope est là pour découvrir les cellules déciduales, témoins irrécusables. Scientifiquement, cet engouement pour la théorie renouvelée de Gallard est-il justifié? Loin de nous la pensée de discuter l'observation de Keller qui, le premier, en l'absence de fœtus, a recherché les villosités choriales dans un cas d'hématocèle, produite par la rupture d'un hématome de la trompe; non plus que les 10 cas d'Orthmann qui conclut que les villosités choriales à elles seules peuvent servir à affirmer une grossesse extra-utérine; encore moins la statistique de Veit qui, sur 146 hématocèles, a trouvé 40 cas qui seraient dus à des ruptures de grossesse tubaire; non plus la thèse de Binaud qui y réunit 68 observations.

Ce qui pour nous serait préférable, ce serait de connaître la statistique personnelle de tel praticien, et sur cette question le nombre appartenant à la grossesse seule. Réunir des cas pour défendre telle opinion est bien, mais cela n'éclaire guère un observateur soucieux de résoudre la question suivante: Étant donnée une hématocèle, sachant les conditions dans lesquelles elle est survenue, avons-nous des chances de savoir quelle en est la cause? En pratique, dans la clientèle, combien de femmes qui, au moment des règles se plaignent de phénomènes douloureux, ont une diminution dans la quantité du flux menstruel, parfois des signes de péritonisme. Est-on en droit de dire qu'il y a métrorragie dissillante dans le péritoine? ou rupture de grossesse extra? ou signes d'hématocèle en voie de résorption? Il est temps, je pense, d'aborder cette question de la grosse extra-utérine comme *unique cause* d'hématocèle. Il serait certes commode de pouvoir ramener à

une cause unique une affection qui en reconnaissait des multiples.

Après Binaud, c'est ce que vient de tenter et non sans mérite, Cestan, dans une thèse qui nous parvient alors que nous avons terminé déjà ce chapitre. C'est un plaidoyer en règle en faveur de la grosse extra-utérine. Tout lui sert pour faire partager sa conviction. Il veut affirmer et prouvera la proposition que nous trouvons émise dans Pozzi : l'hématocèle est la terminaison habituelle de la grosse extra.

Toutes les observations d'hématocèles parues, sont interprétées comme ruptures de grossesse. Il passe en revue toutes les théories émises et les adopte à la sienne propre. Une observation de Bernutz (p. 37), où il est dit que la trompe droite était dilatée, et la surface interne villeuse : cela lui semble se rapporter singulièrement à une grossesse tubaire. Il rejette la théorie par dilatation des trompes de Bernutz, celle de Guérin : aux yeux de beaucoup d'histologistes (il dit beaucoup et ne cite que Coyne d'après une communication orale) la soi-disante muqueuse ne serait qu'une caduque. — Rien du passé ne peut trouver grâce devant lui, parce que les examens étaient incomplets, négligeaient les trompes, que la grosse tubaire était peu connue (p. 13), l'avortement tubaire ignoré.

Certes, en recherchant des cas qui pussent se rapporter au nôtre, en lisant Bernutz, nous devons confesser qu'avant la lecture de cette dite thèse, nous avons été frappé de la fréquence des « eaux rousses, lambeaux, aménorrhée » cités au cours des observations et que certains proclament aujourd'hui comme des signes non équivoques de grossesse tubaire.

Cependant nous verrons comment ces troubles menstruels, précédant l'hématocèle, peuvent encore être interprétés en dehors de synonymes de grosse extra-utérine.

« En 1891, Fenger d'une étude attentive conclut que les cas de grossesse extra-utérine deviennent de plus en plus fréquents. Il a fait le décompte des observations publiées en Amérique et en a constaté :

« 58 en 1887 ; 70 en 1888 ; 110 en 1889.

« En 1892, Binaud a pu en consigner dans sa thèse 72 cas.

« Nous-même (Cestan), avons relevé 249 observations, dont plus des $\frac{2}{3}$ (c'est-à-dire 176) de 1892 à juin 1894 et nous ne saurions prétendre n'avoir malgré nos recherches, fait aucun oubli. Nous sommes sûr du contraire. Il nous a suffi d'interroger à ce sujet nos collègues des hôpitaux pour avoir connaissance d'un grand nombre de cas inédits, et notre battue a été trop rapide pour être complète.

Nous ne saurions avoir la prétention de nier la très grande fréquence de la grossesse extra. On l'admet aujourd'hui, et en France aussi. C'est aujourd'hui une cause entendue après l'autorité incontestable des chirurgiens étrangers. Mais vouloir découvrir partout la grossesse extra comme unique cause d'hématocèle, nous semble une exagération.

Il existe des observations incontestables relevant d'une autre pathogénie (1). C'est là un facteur important dans la question qui nous occupe.

Il nous a semblé plus sage de poser les termes du problème à résoudre. — Nous nous demanderons quels sont les facteurs qui permettent, étant donnée une hématocèle, de venir affirmer macroscopiquement et microscopiquement qu'elle est le fait d'une grossesse ectopique, ensuite de voir à quelle cause nous pouvons rattacher la rareté des faits observés en France.

(1) Edis. — *Brit. méd.*, 1891. L'hématocèle peut survenir en dehors de tout soupçon de grossesse.

Pour cette dernière question : admettre une influence de race ? (Andry) Non. La seule raison, c'est que les femmes atteintes d'hématocèle ont un passé utérin : il n'est ainsi pas besoin d'aller invoquer une prédisposition ethnique.

D'autre part, nous ne devons pas oublier que chez nos voisins, les affections utérines sont traitées depuis de longues années presque exclusivement par des chirurgiens. Chez eux, les laparotomies exploratrices sont entrées beaucoup plus tôt dans les mœurs que chez nous, et par conséquent ils peuvent observer bien des cas de grossesse extra, qui chez nous sont encore des pelvi-péritonites, des périmétrites, des paramétrites, des hématocèles.

Enfin, il faut savoir qu'en France, pendant longtemps, et aujourd'hui encore, on est resté assez incrédule sur les rapports qui pouvaient exister entre la grossesse tubaire et l'hématocèle, et pourtant cette idée a contribué à rendre l'intervention bien moins fréquente dans notre pays qu'à l'étranger. Pourquoi ?

C'est que nous restons, avant tout, cliniciens ; que la clinique nous a appris que l'hématocèle est une affection presque médicale pour laquelle il y a rarement lieu d'intervenir et qui guérit le plus souvent par la thérapeutique médicamenteuse ou expectative et le repos au lit.

Enfin, nous trouvons une autre raison dans ce fait qu'une question éminemment française par ses travaux ait pu nous être prise par l'étranger, qui, renversant le problème, considère aujourd'hui comme un fait avéré depuis de longues années que l'hématocèle est le symptôme d'une rupture de la trompe, et presque toujours d'une grossesse ectopique. De même que la grossesse extra est considérée comme une tumeur maligne et relevant du chirurgien seul, de même ils se sont approprié l'hématocèle comme affection chirurgicale qui réclame une intervention chirurgicale et ne guérit le plus souvent

qu'avec elle. — Et puis, il faut bien le reconnaître, ce n'est que depuis 1884-1888, grâce à Litzmann, Veit, L. Tait, que la laparotomie a pris sa place définitive dans la thérapeutique. En France, personne ne s'est occupé sérieusement de cette question; la preuve en est dans la thèse de Surer, inspirée par Scibileau en 1890, qui est à peu près muette sur cette cause, aujourd'hui reconnue la principale. C'est que, cliniciens avant tout, nous n'acceptons en France, que provisoirement et peu à peu, une idée reçue de l'étranger; il la faut peser et vérifier. L'idée cependant continue à faire son chemin.

Acceptons-la, puisque de plus documentés que nous viennent de travailler dans cet unique but. J'ai nommé MM. Binaud et Cestan. Mais je suis tenté de dire avec Delore : « Ne généralisons pas trop » (1).

La deuxième question que nous avons à résoudre, j'entends parler des éléments du diagnostic rétrospectif de l'hématocèle, sera traitée au chapitre de l'Anatomie pathologique.

Continuons à examiner les autres théories pathogéniques.

Le placenta, lui aussi, a été incriminé comme cause d'hémorragie pelvienné et secondairement d'hématocèle.

Son décollement peut, aussi bien dans la cavité tubaire que dans la cavité utérine, amener des écoulements de sang formidables. Nous croyons que, dans un certain nombre de cas, c'est la persistance du placenta (2) dans la trompe qui explique les récives d'hémorragies constatées chez un certain nombre de malades.

(1) Delore. — *Province médicale*, p. 33, 1894), ne conteste pas la fréquence des hématocèles à la suite des grossesses extra, mais il croit qu'on a tort de trop généraliser. Il a observé des hématocèles chez des femmes non enceintes et n'ayant pas eu de rapports sexuels. La menstruation peut, en effet être une cause d'hématocèle.

(2) Dans la trompe, ce fait de la persistance du placenta parasite est beaucoup plus fréquent que dans l'utérus. Pilliet (*Progrès médical*, avril 1894).

Ligament large

Le sang de l'hématocèle peut également venir du ligament large, soit qu'un hématome se forme à la suite d'une rupture de varices du plexus ovarien, (Théorie d'Ollivier d'Angers, Devalz, Richet), soit que, au cours d'une grossesse qui est une des causes les plus favorables au développement des varices dans les veines du ligament large (1), il survienne une hématocèle. A plus forte raison une grossesse extra-utérine développera-t-elle les plexus ovariens et sera-t-elle une cause possible d'hématocèle (2).

Péritoine

Nous arrivons aux cas où l'épanchement est secondaire. Nous arrivons à la théorie de la pachy-pelvi-péritonite hémorragique. L'hématocèle ne pouvait pas échapper à la loi de pathologie générale de l'époque qui, après avoir accepté la théorie de l'épanchement primitif et de la péritonite secondaire avec fausses membranes, la rejette pour toutes les hémorragies aussi bien pleurales que vaginales, que méningitiques, pour retourner le problème. Gosselin démontra le premier, pour l'hématocèle vaginale, que le plus souvent l'épaississement de la tunique séreuse précède de beaucoup l'hémorragie. Il en fut de même pour l'hématocèle utérine, qui ne devient plus qu'une pachy-pelvi-péritonite subaiguë ou chronique.

(1) Budin. — *Thèse d'agrégation*.

(2) Bien que cette théorie ait été encore dernièrement acceptée par Schmith (*Am. J. of obst.* oct. 1890), avec observation à l'appui, elle vient de recevoir de Pilliet (*Progrès médical*, 1894), une grosse objection : ce qu'on croit être des varices a dû être plusieurs fois des diverticules de la muqueuse tubaire, devenus sous-péritonéaux par soudure et remplis secondairement de sang.

Après l'avortement, après des suites de couches compliquées, il se fait une péritonite plastique subaiguë ou chronique avec néo-membranes renfermant des vaisseaux à parois embryonnaires dont la rupture amène l'épanchement sanguin.

La théorie de l'exhalation sanguine aiguë du péritoine, conçue par Dolbeau (1), défendue par Bernutz, Goupil, Ferber, Virchow, Jousset, interne de Bernutz, Besnier (2), Poncet, n'a jamais joui d'une bien grande faveur. Cestan lui refuse son crédit, parce que cette théorie a contre elle toutes les données de la physiologie (3).

En Angleterre, Churchill, Barnes, West ; en France, Courty ; en Allemagne, Fritsch, ont, dès son apparition, refusé de l'admettre.

Pour Segond, elle ne répond qu'à un petit nombre de cas.

Voici comment Bouilly et Pozzi la comprennent :

Le plus souvent à l'occasion des règles et surtout d'une excitation générale exagérée à ce moment, il se fait une hémorragie tubaire, une rupture en un point de la trompe distendue et un épanchement sanguin intra-péritonéal. L'examen direct des lésions récentes, démontre un hématosalpinx, la présence de caillots plus ou moins modifiés dans le péritoine et les lésions de la péritonite. De ces

(1) Dolbeau. — *Gaz. Hôpit.*, 1860.

(2) Pour les anatomo-pathologistes, nous ne devrions pas associer aux noms de Ferber et Virchow, ceux de Besnier et de Bernutz. Leurs vues sont absolument dissemblables. Virchow compare la pachy-péritonite aux pachy-méningites : pour lui l'épanchement se fait lentement, au sein des fausses membranes pré-existantes. Pour Bernutz, l'hémorragie n'est pas toujours lente ou latente, mais se fait souvent sous le doigt du chirurgien, d'un jour à l'autre, grâce à l'évolution rapide d'une pelvi-péritonite menstruelle ou séro-adhésive.

(3) On tend à admettre aujourd'hui que les observations de pachy-péritonite primitive suivies d'hématocèles, ne sont pas absolument probantes, qu'elles manquent de l'examen direct par la laparotomie ou autopsie, de l'examen histologique des parois de la poche, etc., tous éléments qui seuls permettraient d'attribuer à cette théorie l'importance prépondérante qu'on lui assignait autrefois.

lésions, les unes sont anciennes et consécutives à la salpingite, les autres, plus récentes, ont été déterminées par la présence du sang dans le péritoine. C'est dans ce cas qu'on rencontre les lésions de la pachy-péritonite, mais celle-ci n'est pas primitive et a succédé à une ancienne affection des annexes, le plus souvent bilatérale. — Il semble que donner au péritoine, c'est-à-dire à la pelvi-péritonite, le rôle de protection et d'hémostase dans l'hématocèle, c'est-à-dire faire résider en cette pelvi-péritonite la condition *sine qua non* de la formation de la tumeur, c'est mettre la théorie de Virchow au point.

En effet, lorsque la cavité pelvienne est libre d'adhérences, revêtue d'un péritoine sain, l'hémorragie continue souvent. Si le petit bassin renferme des néo-membranes, l'hémorragie s'enkyste, se limite et s'arrête. Cependant la quantité de l'hémorragie, son contact, peuvent détruire les cellules du péritoine qui, primitivement sain, devient ainsi secondairement apte à enkyster l'épanchement.

B). Diathèses et infections comme causes d'hématocèle?

De par la définition même de l'hématocèle, nous devrions absolument passer sous silence cette seconde origine d'hématocèle due à des pyrexies. Elle rentre si l'on veut dans la grande classe des hémorragies en général, et du pelvis en particulier. Cependant, personne, par exemple chez un sujet hémophile, ne se refusera à rattacher à une autre cause une hématocèle survenant au milieu de cette diathèse. C'est donc uniquement pour éveiller l'attention et pour resserrer le diagnostic étiologique que nous nous permettons de passer rapidement en revue les hématocèles de causes plus ou moins éloignées et extra-génitales.

En effet, d'où vient le sang dans ces cas? De la trompe le plus souvent : alors ce n'est plus une hémorragie extra-génitale, mais bien une hématocèle, si elle s'enkyste.

Mais alors où faut-il s'arrêter ? Vous allez donc faire rentrer dans l'hématocèle les ruptures d'un gros tronc artériel ou veineux par exemple ?

Il est en effet plus sage de supprimer ces causes et de les considérer comme causes déterminantes, de simples coïncidences, ou de causes éloignées.

Je m'explique :

La fièvre typhoïde peut produire une salpingite (comme elle produit souvent une otite, par exemple). Cette salpingite peut être cause de l'hématocèle et non pas la fièvre continue qui l'a produite.

Ainsi nous romprons avec l'usage et rangerons ces causes au chapitre étiologique.

En résumé, d'après ce qui vient d'être exposé, il semble que l'on arrive à être fort embarrassé pour diagnostiquer la vraie cause d'une hématocèle.

En effet, il est absolument certain qu'à chacune de ces théories correspond une certaine série de faits. « Elles « s'appuient toutes sur des autopsies, et aucune ne saurait « être généralisée » (1).

Il n'est ni juste, ni raisonnable de tout rapporter à la grossesse. N'existe-t-il pas des cas indéniables d'hématocèles chez des vierges ? Bien plus, chercher toujours à faire cadrer une hématocèle avec une rupture de grossesse est encore aujourd'hui une exagération.

J'espère faire partager ma conviction quand j'aurai posé les termes du problème et montré les difficultés dont il est entouré.

Nous terminons avec Pozzi en disant que : la très grande majorité des faits a pour origine une lésion tubaire :

(1) Bonnet, p. 489.

salpingite hémorragique avec péri-salpingite pour les hématoécèles à marche progressive et à volume moyen ; kyste fœtal pour les hématoécèles très abondantes et à apparition subite, cataclysmique.

En d'autres termes : au premier plan, la grossesse tubaire rompue ; sur un second plan, l'hématosalpinx (qu'il soit ou non le plus souvent une grossesse tubaire) et l'apoplexie de l'ovaire, la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire dans quelques cas (Rollin, Pilliet), sans oublier les autres causes possibles mais d'exception.

Pour terminer, nous nous sommes demandé s'il était possible de ramener à une seule cause une affection qui en reconnaît tant ? Nous croyons pouvoir le faire ; non pas comme les étrangers en cadrant tous les cas sur la grossesse tubaire. Le terme primordial est à notre avis la *salpingite*, soit directement, soit indirectement par suite des lésions qu'elle entraîne (péri-salpingite, péri-ovarite, grossesse tubaire).



CHAPITRE V

Étiologie.

Epoque d'apparition : Exceptionnelle chez les vierges, l'hématocèle se déclare généralement au cours des règles ou d'une congestion pelvienne, et cela dans les deux tiers des cas.

Causes occasionnelles : Elle est quelquefois spontanée, mais le plus souvent elle fait suite à un traumatisme abdominal, à des secousses (voiture) ; à un effort ; à une chute ; à un excès de coït (1) ; à une injection froide ; à un refroidissement général ; à une émotion vive ; à un avortement (Biford).

Les causes prédisposantes seront de deux ordres :

Et d'abord celles que nous n'avons pas voulu faire rentrer dans la pathogénie.

Nous en avons fait un tableau qu'il suffit de consulter.

Diathèses : Anémie (2), chlorose, hémophilie.

Infections : Rougeole (cas de Scanzoni).

- Scarlatine (cas de Hélie de Nantes).
- Variole (Bouillaud et Laboulbène).
- Purpura (Balow).
- Fièvre typhoïde (Guyot) (3).
- Ictère grave.

(1) *Thèse de Dubousquet*, 1883, Paris.

(2) Trousseau. — *Leçon clinique sur l'hématocèle*.

(3) Guyot. — *Thèse*, Paris, 1879. *Lyon médical*, 1879, t. XXXII, p. 94.

Intoxications : Empoisonnement par le phosphore (1).

Causes rares : Fibrome.

— Après l'accouchement (2).

— Rupture d'un anévrisme (3).

— Rupture des vaisseaux des parois abdominales (4).

— Après une Battey (5).

Les maladies graves précitées sont dues, d'après Bouchard, moins à une altération du sang ou des vaisseaux, qu'à des troubles vaso-moteurs et à l'affaiblissement de la contractilité vasculaire,

C'est ce que l'on peut appeler des *hématocèles cachectiques*, souvent méconnues, de diagnostic difficile, surtout dans la fièvre continue où elles en imposent pour une perforation intestinale.

A titre de curiosité, nous ne pouvons nous empêcher de citer l'observation que nous avons lue d'hématocèle consécutive à un fibrome utérin et survenant avec symptômes aigus (6), due, soit à des adhérences primitives et à une pachy-péritonite secondaire, soit à la rupture d'un des vaisseaux de la surface du fibrome, ou encore à la rupture d'un hémato-salpinx, (fait assez fréquent dans les fibromes).

Le second ordre de causes prédisposantes comprendra les accidents génitaux : suites de couches, dysménorrhée, fausses couches surtout.

(1) Wagner. — *In* Schröder, p. 484.

Dans ce cas, les parois des vaisseaux subissent la dégénérescence graisseuse ; il se fait des épanchements sanguins dans le tissu ovarien et ultérieurement la collection se déverse dans la cavité abdominale.

(2) *Br. M. London*, 1868. Simpson, Récamier.

(3) Tilt. — *Observ. LXXIV*, p. 260. *London*, 1853. Barnes.

(4) Voisin. — *Thèse*, Paris, 1860, p. 44.

(5) Observation inédite, où 4 mois après l'opération la malade mourut rapidement d'anémie aiguë, suite d'une hématocèle.

(6) *Lyon médical*, 1882, p. 45-48.

Malgré Seyfert et Olshausen qui l'auraient observée dans la proportion de 6 0/0, l'hématocèle est une affection rare. Elle est surtout fréquente entre 20 et 40 ans, période d'activité sexuelle.

Nous n'avons pu relever que 26 observations d'hématocèles proprement dites anté-utérines, parmi toutes les observations d'hématocèles parues jusqu'à ce jour : c'est en dire l'extrême rareté.

Dans ce chapitre, devions-nous parler des causes de la grossesse extra-utérine comme chapitre étiologique de l'hématocèle?

Il ne semble pas, car alors nous serions obligé de faire l'étiologie des salpingites, des ovarites.

Il faut bien le dire : les causes de l'hématocèle ne sont pas les causes de la grossesse extra. Les seules causes reconnues jusqu'alors de la grossesse tubaire, sont précisément celles que l'hématocèle réclame à sa formation. Je veux nommer les lésions inflammatoires. Elles ont donc un point commun, c'est entendu. Mais tandis que, pour l'hématocèle, elles siègent sur le péritoine, pour la grossesse tubaire, elles siègent sur le parcours de la trompe.



CHAPITRE VI

Anatomie-Pathologique

L'hématocèle est-elle plus souvent enkystée que libre ?
Rapports de l'hématocèle anté-utérine.
Des éléments du diagnostic rétrospectif dans les hématocèles.
Avenir de l'épanchement.
Des sources de son infection.
Des lésions de voisinage.

Le point intéressant de l'étude anatomo-pathologique de l'hématocèle est l'enkystement. Et d'abord, existe-t-il toujours bien ? Binaud nous apprend que dans un grand nombre de cas, le siège de la tumeur est intra-abdominal et qu'il y a peu ou pas d'enkystement. Ce qui revient à dire que l'hématocèle libre serait plus fréquente que l'hématocèle enkystée. Il a d'ailleurs cherché à dresser un tableau statistique entre les cas où la collection est enkystée ou non. Il a dû y renoncer parce que, dit-il, les résultats n'étaient pas assez concluants.

Nous dirions volontiers qu'il a dû trouver que le plus souvent il y avait enkystement, que ce résultat était contraire à son principe d'intervention et que sa statistique serait allée contre ses conclusions. Lui-même n'avoue-t-il pas, à la p. 22, « l'enkystement est loin d'être une rareté et les auteurs français n'ont pas eu tort d'en signaler la fréquence. » L'hémorragie libre, tuant la femme rapidement, est et reste rare.

Il y a donc enkystement le plus souvent (1).

Quels sont les rapports de l'hématocèle anté-utérine ? La paroi inférieure est représentée par le cul-de-sac vésico-utérin, la paroi postérieure par la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges ; la paroi antérieure par la face postérieure de la vessie.

Quant aux hématocèles supra-utérines, leurs limites peuvent varier à l'infini. Plus de caractères classiques : la tumeur peut remonter très haut, gagner les fosses iliaques et la région lombaire, dépasser quelquefois l'ombilic.

L'hématocèle libre n'a aucune limite. La cavité abdominale est remplie d'une énorme quantité de sang liquide ou ayant déjà subi un commencement de coagulation. Les anses intestinales sont refoulées et écartées les unes des autres. Dans ces cas, l'épanchement peut tout aussi bien être confiné dans le bas-ventre que remonter jusqu'à l'ombilic et le diaphragme.

L'hématocèle libre ne donne aucune sensation au doigt par la simple raison que le sang est refoulé au toucher.

Quand l'épanchement s'est fait dans un cul-de-sac absolument libre, elle est *uniloculaire* et constituée, dès le 3^e jour (Jousset), par des néomembranes qui se moulent sur le sang épanché et le séparent, à la façon d'un véritable diaphragme pathologique (Bernutz), du reste de la cavité abdominale en agglutinant ensemble épiploon, anses intestinales, annexes. C'est là la paroi supérieure de l'hématocèle qui présente à l'ouverture du ventre une coloration brun-noirâtre (Cestan).

La poche souvent simple peut parfois être *double* (2).

(1) Nous n'en voulons pour témoignage que l'assertion de Cestan. « De fait les très grosses hématocèles sont exceptionnelles ; ce sont les épanchements moyens ou petits qui s'enkystent. » Donc l'enkystement est le facteur le plus fréquent. Les hématocèles libres ne seront que de gros épanchements, parce que leur production même implique l'absence de barrières néomembraneuses persistantes.

(2) Cas de M. Vautria, opéré en janvier 1895.

Cela se voit de préférence dans les hématoécèles du Douglas : la 1^{re} constituant l'hématoécèle, la 2^e plus haut située et représentant la trompe plus ou moins dilatée et rompue. Cette disposition peut se voir aussi en avant puisque la rupture, quoique rare, est quelquefois antérieure. Mais nous doutons que le doigt après incision vaginale puisse se rendre compte des détails aussi facilement qu'après l'élytrotomie postérieure. Dans ces cas, il s'agirait d'une véritable hémato-salpingite bilatérale (2).

Quand l'épanchement est secondaire à la pelvi-péritonite, l'hématoécèle est formée par des fausses membranes plus ou moins épaisses, cloisonnées et adhérentes à l'intestin.

Le volume de l'hématoécèle anté-utérine est absolument variable. Il peut atteindre et même dépasser celui d'une tête d'adulte.

Peu à peu les parois augmentent d'épaisseur, de consistance, par stratifications successives de néomembranes et de dépôts fibrineux et peuvent arriver à présenter par places une dureté quasi cartilagineuse, tandis qu'en d'autres points elles demeurent minces et souples.

Voilà pour le contenant. Le contenu est du sang, sang coagulé, ou semi-liquide, sirupeux, plus ou moins noirâtre, comparable « à du raisiné. » Exceptionnellement liquide, c'est un caillot le plus souvent qui réclame aujourd'hui une attention toute spéciale. Chaque fois que l'on aura traité une hématoécèle, il faudra en étudier le ou les caillots au microscope : de cette étude seule dépend la solution du problème toujours posé : l'hématoécèle n'est qu'un accident de la grossesse tubaire.

Poser ici les termes de ce problème, c'est là notre seul but. C'est une question trop délicate pour que nous ayons

(1) Bouilly — P. 494.

la prétention, abandonné à nos seules ressources, de chercher à la résoudre : encore que nos conclusions soient toutes de bon sens, après l'étude entreprise d'une hémato-cèle traitée en février dernier par l'élytrotomie interligamentaire à la clinique de M. Vautrin, et étude faite au laboratoire d'anatomie pathologique.

Parmi les caillots, on rencontre assez souvent des débris de fœtus.

Binaud a réuni dans sa thèse 72 observations où l'on a trouvé :

38 fois la présence de débris fœtaux.

8 fois celle du placenta.

13 fois celle des villosités choriales.

Cestan : sur 249 cas, 115 fois la présence de vestiges était indiquée :

43 fois le fœtus.

14 fois le placenta.

11 fois les 2 réunis.

15 fois un œuf complet.

2 fois des traces de cordon ombilical.

30 fois des villosités.

3 fois un simple caillot adhérent.

3 examens négatifs.

« La grossesse extra-utérine, telle est bien la cause la plus fréquente de l'hémato-cèle. Et le fait est devenu vérité démontrée depuis que l'on sait mieux reconnaître les modifications histologiques de la grossesse tubaire au début (Segond).

Résumons la question, qui semble vraiment intéressante et efforçons-nous de nous faire une conviction.

Sur quels facteurs reposera l'affirmation de grossesse tubaire après l'opération d'une hémato-cèle ?

A la *laparotomie* : 1° sur le sac tubaire plus ou moins rompu ; 2° sur la présence du fœtus ; 3° sur celle du placenta ; 4° sur le caillot d'Orthman.

A l'*élytrotomie* : 5° on aura un caillot plus ou moins organisé qui réclamera une étude microscopique pour y découvrir :

6° des villosités choriales.

7° des cellules déciduales.

Nous ne parlons point des symptômes sympathiques ou positifs d'une grossesse antérieure à l'hématocèle. Nous verrons ailleurs que le diagnostic de grossesse tubaire ne peut être fait dans les premiers mois.

Nous avons donc à étudier macroscopiquement la grossesse tubaire à son début, où ce qu'on appelle : l'hématosalpinx, l'avortement tubaire et la rupture tubaire.

Et microscopiquement, les villosités choriales, les cellules déciduales qui servent de base au diagnostic rétrospectif de toute hématocèle.

Hématosalpinx. — De l'aveu même de Cestan, il est difficile de reconnaître à l'intérieur de la trompe les vestiges de la grossesse tubaire.

1° Le *fœtus* existe encore, mal développé. Il est souvent petit « parce qu'il ne trouve pas à vivre dans la trompe, dont les vaisseaux ne sont pas disposés en tissus profonds et prêts à recevoir les radicules de l'ecto-placenta (Pilliet).

2° Le *placenta* est très réduit. Un débris de cordon peut être à peine distingué.

Et pour l'un comme pour l'autre, on ignore combien de temps ils mettent à disparaître. « On sait seulement que c'est vers la quatrième semaine que le fœtus est assez développé pour que le squelette reste là, attestant la nature de l'origine de l'hématome de la trompe ou de l'hématocèle pelvienne (Gauthier).

3° Ce qu'il importe surtout de bien connaître, c'est la *môle tubaire* qui, au début, sphérique comme celle de l'utérus, devient bientôt ovoïde ; la cavité amniotique, au

lieu d'être centrale, occupe une position périphérique, de sorte que l'amnios mince se rompt facilement et permet à l'embryon de s'échapper, ce qui explique combien il est parfois difficile de le trouver (Sutton). En effet, la présence d'une môle dans une poche d'hémato-salpinx, au milieu des caillots d'une hémato-cèle ou dans l'épaisseur du ligament large, est la preuve certaine d'une grossesse. Quand l'œuf est mort depuis quelque temps, il devient dur, lamelleux, stratifié. Dans ces conditions, sa nature peut être reconnue grâce à l'embryon ou à ses restes emprisonnés dans le caillot ou, plus tard, par les villosités choriales, *plus longues à disparaître* (Gauthier).

Le caillot, en l'absence de fœtus, peut être très variable :

a) Est-il volumineux, il faut le sectionner méthodiquement ; la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une *fente allongée*, à *parois lisses*, avec ou sans liquide, occupant le centre. Les ramifications des villosités ont alors disparu, leur transformation fibreuse est très accentuée et les lacs sanguins, débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient, ont donné lieu chacun à leur tour à des hémorragies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe (Pilliet).

b) A un degré plus avancé, la poche sanguine est très réduite de volume ; il *n'existe plus de cavité amniotique* ; les villosités sont de plus en plus rares et difficiles à retrouver dans le caillot. Il faut parfois un grand nombre de coupes patientes pour arriver à en découvrir un vestige (Cestan).

c) Enfin, on peut retrouver comme reliquat de grossesse tubaire un mince caillot plus ou moins décoloré, *adhérent* intimement à la paroi tubaire (caillot pariétal adhérent).

Cette adhérence caractéristique du reliquat du placenta est un signe presque constant il est vrai ; mais il ne saurait seul servir à porter le diagnostic rétrospectif de grossesse tubaire, si l'on ne constate au microscope la présence de villosités choriales (Gauthier). Nous approuvons pleinement cette proposition.

Mais Pilliet a répondu : Et même s'il n'y a plus de villosités, son origine pourra encore être soupçonnée pour deux raisons : *dénudation de la muqueuse tubaire à son niveau* et présence de ces *cellules migratrices pigmentées* dont nous venons de parler ! »

Avortement tubaire. — L'avortement tubaire peut être complet ou incomplet. L'hémorragie provenant de la trompe gravide et qui ne s'accompagne pas de l'issue de l'embryon hors de la trompe est l'avortement tubaire incomplet.

Quels en sont les signes ? *a priori*, dans ces cas, l'examen si minutieux puisse-t-il être, doit être négatif.

L'œuf peut rester adhérent à la trompe, le sang passant entre lui et la paroi tubaire, sans que la môle passe dans la cavité abdominale (Cestan).

Mais elle peut tomber aussi, nous semble-t-il, s'échapper de l'oviducte ou à travers une éraillure de la trompe, dont l'étendue est fort variable. (Parfois comme une tête d'épingle, un grain de blé, d'autres fois d'un ou 2 cent.; elle ne dépasserait jamais 3 cent.)

L'œuf encore peut passer inaperçu grâce à son petit volume qui peut ne pas excéder celui d'une noisette, et ne simuler qu'un vulgaire caillot, dur, lamelleux, stratifié et qui n'a de caractères que grâce au microscope. D'autre part, les observations d'avortement complet sont rares. Non pas, répondent Muret, Gauthier : ils sont fréquents dans les premiers temps de la grossesse et se cachent sous la formation d'une hématocele. Il faut y songer pour découvrir les éléments du diagnostic rétrospectif.

Réponse. — 1. Léopold et après lui Pilliet ont bien montré que le *fœtus* constitué par des tissus mucilagineux *se résorbe facilement* sans laisser de trace de son existence.

2. Le *Placenta*, au contraire, reste adhérent à la paroi tubaire et peut être révélé par un examen soigné sous forme de villosités parfaitement reconnaissables au microscope. — Mais, ajoute Keller : « Les *villosités* peuvent « *manquer en certains cas*, être altérées en d'autres. Leur « épithélium au contact du sang se gonfle et se modifie ; « les noyaux de ses cellules persistent parfois longtemps, « mais peuvent ainsi disparaître : la couche épithéliale « prend alors un aspect strié et homogène. »

En définitive, il y a ou il n'y a pas d'épithélium. — Mais continuons :

« Quant à la substance fondamentale des villosités, elle peut devenir granuleuse, trouble ; les noyaux cellulaires perdent la faculté de se colorer et disparaissent.

« Toutes ces modifications ne s'accomplissent pas d'une façon successive et régulière et les lésions varient selon les points.

« Les vaisseaux sanguins des villosités ne présentent pas de caractères assez définis pour permettre d'affirmer le diagnostic, car les caillots fibrineux présentent souvent des fentes qui ont le même aspect que ces vaisseaux.

« La présence des *cellules déciduales* n'a de valeur au point de vue du diagnostic que lorsque l'œuf est tombé dans le péritoine.

« Un hématome tubaire, où ne se trouvent ni villosités choriales, ni cellules déciduales, peut cependant appartenir à une grossesse tubaire dont tous les traits caractéristiques se sont profondément altérés ».

Alors nous nous demandons vraiment, après cela, ce qui reste pour affirmer une chose dont il ne subsiste rien.

3. Quant au caillot d'Orthmann, dur, organisé, il peut fort bien être le reliquat d'une vieille hématosalpingite.

Il est vrai que depuis Veit on ne veut plus reconnaître l'hématosalpinx résultant d'une hémorragie dans une trompe enflammée, ni l'hématosalpinx de rétention (refroidissement au moment des règles, atrésie génitale). Là encore, l'hématosalpinx, même vide de fœtus, doit être rapporté à la grossesse tubaire par les villosités révélatrices ou, si elles manquent, par la suppression en cette région seulement de l'épithélium et des plis de la muqueuse, l'abondance de cellules interstitielles et de vaisseaux (Pilliet).

Laissons pour un moment au caillot les qualités qu'il a : son étude n'en est pas moins entourée de difficultés : Walther, dans deux cas, après une série d'examens portant sur les différentes parties de la trompe n'a pu découvrir de villosités choriales. Il termine en insistant sur ce fait, qu'à première vue certains caillots peuvent donner l'illusion de villosités choriales. Ce que nous-même affirmerons aussi.

Donc, quand il ne reste plus que le caillot, il est nécessaire d'avoir recours au microscope pour faire un *diagnostic sûr*.

Nous connaissons les caractères du caillot tubaire. Nous avons à décrire le caillot libre, celui que l'on peut recueillir, par exemple, dans l'élythrotomie.

Est-il frais, c'est la môle tubaire. L'œuf mort devient dur, lamelleux, stratifié. Au microscope de découvrir ces caractères.

Encore, au préalable, faut-il savoir ce que l'on doit voir. Les cellules déciduales ne sont autres que des cellules conjonctives de la caduque devenues *vésiculeuses*.

Chacun sait ce qu'il faut entendre par villosités. Leur caractéristique est la *persistance d'un revêtement cellulaire*

foétale à leur surface. Schématiquement, elles sont constituées par 3 couches : 1° la couche superficielle, protoplasmique, parsemée de *noyaux*, sans limites circulaires distinctes. Pour quelques-uns, cette couche ne tarde pas à tomber. Pour d'autres, elle est au contraire persistante et formerait même des prolongements, les uns latéraux, les autres terminaux ; 2° la couche sous-jacente, *cellulaire* est constituée par des éléments de grande taille parfaitement délimités ; 3° au centre, du tissu conjonctif avec une ramification de l'artère ombilicale.

Voilà le type parfait : n'oublions pas que les villosités placentaires s'atrophient ; leurs arborisations diminuent, leur axe reste grêle.

La plupart subissent la transformation fibreuse (1) ; d'autres, une transformation myxomateuse qui les fait ressembler aux vésicules hydropiques des môles hydatiformes de l'utérus (Pilliet).

Ces connaissances posées, nous voulons maintenant donner le résultat de notre examen.

Le caillot A ouvert présente comme dimensions 3 cent. de longueur sur 1 cent. 5 de largeur. La surface interne, fraîche, examinée à la loupe, offrait une surface lisse ; quelques rugosités sur les bords de la rupture ont été, après examen histologique, reconnues comme formées par des filaments de fibrine.

La surface externe était tout à fait irrégulière, tomenteuse ; raclée en divers endroits, jamais il ne nous a été possible de découvrir, ni cellule de la trompe, ni tissu constitué.

Les parois de ce caillot présentaient par endroits 4-5 millimètres d'épaisseur ; par d'autres, 1-2 millimètres seulement.

(1) Malgré L. Tait et Gubbl pour qui le placenta continuerait à vivre.

Après séjour de trois jours dans l'alcool, la poche avait un aspect tout à fait lisse. Et en réalité, malgré nos examens négatifs, nous ne pouvions nous empêcher de penser que nous avions bien là la cavité de l'amnios rompue.

Notre ami Voinot a bien voulu nous faire des coupes dans la portion la plus épaisse. Nous n'y avons découvert qu'un réticulum fibrineux, sans stratifications successives, quelques cristaux jaune-orange d'hématoïdine et quelques granulations noires d'hématine.

Quelques filaments de la face externe ayant quelque peu de ressemblance à l'œil nu avec des villosités ont été avec soin examinées et toujours le résultat a été négatif.

Mais ce n'est point là le seul caillot qui ait simulé une organisation qu'il nous a été donné de trouver dans le cristal où avait été recueilli le sang pendant l'élytrotomie. On peut voir, figure B, un deuxième caillot, mesurant 2 cent. 8 sur 1 cent. 2, ayant lui aussi une cavité, mais beaucoup plus rugueuse, remplie de filaments qui, comme précédemment, n'étaient que de la fibrine.

Pourquoi deux caillots presque semblables ? En admettant que nous ayons pu démontrer que le précédent ait servi d'habitat à un embryon résorbé, certains caillots ayant présenté des cavités semblables n'ont-ils pas été interprétés comme reliquat d'une cavité amniotique ?

Ou encore : la cavité du caillot A ne pourrait-elle pas être le processus plus avancé d'un semblable caillot B, qui, lui, serait à un stade moins perfectionné de coagulation ? Les caillots en se résorbant ne pourraient-ils pas ainsi présenter des cavités ?

Qu'on veuille bien admettre que notre compétence soit au-dessous de la tâche nécessaire pour démontrer que tel

caillot appartient bien à un reliquat de grossesse tubaire : comment cependant interprétera-t-on ce 2^e caillot ? (1).

De la rupture tubaire. — De semblables caillots peuvent-ils se rencontrer dans une hématocele opérée par le cul-de-sac vésico-utérin ? A la rigueur, oui ; mais le caillot pathognomonique sera difficile à trouver, parce que généralement ou il restera en arrière (lieu de la rupture), ou il se trouvera haut situé.

Ceci m'amène à parler du lieu de la rupture. J'en profiterai pour dire deux mots seulement sur son époque et sa cause.

On sait aujourd'hui qu'ordinairement le kyste de la grossesse extra-utérine se rompt durant les premiers mois ; le plus souvent entre le deuxième et le troisième, s'il y a grossesse tubaire (Maygrier) ; avant le troisième (Parry), le cinquième (L. Tait), s'il y a grossesse interstitielle ; vers 3 mois 1½ dans le cas de grossesse tubo-abdominale (Tait). Cette rupture se fait donc au plus tôt après deux mois d'aménorrhée. Duncan (*Lancet* 1890) affirme que toutes les grossesses tubaires se rompent avant la douzième semaine. Voilà des éléments qui montrent déjà combien pourra être difficile le diagnostic étiologique de l'hématocele.

La rupture serait due pour Delbet à la surdistension et à l'ulcération de la paroi. Pour L. Tait, l'insertion du placenta explique le lieu toujours le même (en arrière) de la rupture. C'est ici qu'intervient le rôle des villosités rongueuses.

Elle se produit ou au tiers externe ou au tiers interne, ou à la partie moyenne de la trompe. Une remarque impor-

(1) Environ trois semaines après l'élytrotomie, dont les caillots ont fait l'objet de cette étude, M. Vautrin a vu s'éliminer par la plaie vaginale des parties fœtales, os et autres débris : le diagnostic étiologique, négatif pour ainsi dire par l'examen microscopique des caillots, est de la sorte devenu certain.

tante, c'est la situation de cette déchirure au niveau de la partie supérieure ou inférieure du canal tubaire. On sait que la trompe dans son tiers inférieur est enfouie en quelque sorte dans le ligament large. Une rupture en cet endroit produira non une hématocele, mais un hématome.

Nous avons terminé la question du diagnostic rétrospectif de l'hématocele ; nous y avons fait entrer quelques éléments qui appartiennent davantage à la grossesse tubaire qu'à l'hématocele. Cela était nécessaire pour la compréhension du sujet.

Nous terminerons cette question d'anatomie pathologique en nous demandant quel est l'avenir de l'épanchement.

« Le sang épanché dans le péritoine pelvien détermine « promptement des phénomènes inflammatoires du côté « de la séreuse ainsi qu'en témoignent les signes rapides d'une péritonite. » Poncet confond ici la péritonite avec le *péritonisme*.

L'avenir de l'épanchement dépend exclusivement de l'infection du péritoine. S'il est sain : le sang se résorbe toujours rapidement, jamais de péritonite, jamais d'adhérences (1). Et cette résorption au moins partielle est encore possible même si la séreuse abdominale est encore malade (Binaud). Elle peut suppurar. Dans ce cas, on rencontre, à l'ouverture du ventre, une masse de caillots blanchâtres surnageant dans un liquide citrin, au-dessus d'une couche plus ou moins épaisse de pus (Bonnet).

D'où vient l'infection dans l'hématocele ? Quelle est la porte d'entrée du germe infectieux qui produit la suppu-

(1) Expériences de Poncet, Ferber, Drapier, Vulpian. Enfin preuve clinique : Si dans les laparotomies qui sont suivies d'hémorragies, le liquide se résorbe vite c'est que l'opération a été pratiquée avec asepsie, sans lésions du péritoine. Si, autrefois, les expériences de Nelaton prouvaient le contraire, c'est qu'en opérant, il infectait son péritoine.

ration ? D'après Zwiefel (1), tout tissu mort qui n'est pas infecté par des germes de putréfaction, reste aseptique et peut être résorbé sans danger. La présence de débris fœtaux serait pour Lawson Tait, une des grandes causes de la suppuration du kyste hématique. En dehors de la putréfaction spontanée, la purulence peut s'établir à la suite d'une intervention chirurgicale, surtout si cette intervention au lieu d'être faite largement par une grande ouverture est faite par une ponction avec un trocart, ou même malgré l'incision, si le drainage est insuffisant.

Dernièrement (2), il était question de la septicité du liquide des hématoécèles rétro-utérines. Nous pensons que dans ces cas, le coli-bacille n'est pas étranger au méfait. L'infection peut encore se faire soit par le vagin, soit par le rectum. Elle peut se faire encore par une maladie infectieuse telle que la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la fièvre puerpérale. La putréfaction possible par le rectum a été signalée par Voisin : dans ces cas, les tuniques du rectum sont plus ou moins éraillées.

Nous en aurions fini avec ce chapitre de l'anatomie pathologique si nous n'avions encore à parler des lésions de voisinage. Elles comprennent surtout les phénomènes de compression que nous analyserons à l'article des complications.

Deux mots seulement sur l'état des annexes. « Un premier fait, des plus intéressants, c'est la grande fréquence de l'unilatéralité des lésions. » Nous l'avons d'ailleurs déjà fait pressentir à la fin de notre pathogénie, en faisant remonter tous les accidents à une *salpingite* antérieure. Nous sommes heureux de nous trouver en conformité d'opinion avec Binaud, Cestan, mais en vérité

(1) In Boisieux.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1893, p. 1377.

avec une légère différence d'interprétation. — Sur une coupe, tantôt la trompe n'apparaît malade qu'au niveau du kyste fœtal, c'est-à-dire sur un point limité, tantôt et plus souvent, comme le fait remarquer Pozzi, il y a des traces de salpingite plus ou moins accusées. »

L'utérus subit des modifications à noter : « Le vagin devient violacé ; l'utérus s'hypertrophie progressivement, mais n'atteint jamais le volume d'une grossesse vraie d'âge correspondant. Son col se ramollit. Sa muqueuse se transforme en caduque, point également intéressant pour le diagnostic. Cette caduque sera expulsée lors de la mort du fœtus, soit en masse, simulant un avortement, (l'erreur a été bien souvent commise) soit par fragments. Boisieux a insisté sur les caractères histologiques de cette caduque et les modifications de la muqueuse : hypertrophie des cellules épithéliales cylindriques des glandes ; hypertrophie des cellules rondes et fusiformes du tissu sous-muqueux, caractérisée par l'augmentation du corps de la cellule, tandis que le noyau reste stationnaire (1).

On a discuté l'existence de la caduque. Martin la croit constante. Et les ouvrages classiques, aussi bien que les thèses, ont signalé dès longtemps dans l'hématocèle : l'augmentation de l'utérus, la perte, à un moment donné, d'une membrane. Ces faits, inexpliqués alors, se comprennent très bien par l'existence d'une grossesse ectopique (Cestan).

Prenons juste ce qu'il en faut de ces affirmations ; — n'oublions pas qu'avant et même après une hématocèle, il est impossible le plus souvent de faire son diagnostic de grossesse tubaire (voir diagnostic différentiel) et que souvent dans les états métritiques ou prémétritiques, sans grossesse, ces modifications de l'utérus peuvent se rencontrer.

(1) Boisieux. — *Ann. Soc. obst., France*, avril, 1892.

CHAPITRE VII

Symptômes

Prodromes.

Début. Formes aiguës et chroniques.

Période d'état.

Phénomènes de compression.

Raisons des difficultés du diagnostic de l'hématocèle anté-utérine.

Symptômes physiques.

Quelle que soit la variété d'hématocèle, le tableau clinique ne saurait varier. Il se trouve si parfaitement décrit aujourd'hui dans tous les ouvrages que nous nous contenterons de signaler seulement quelques particularités, nous réservant cependant de plus amples détails pour les caractères physiques, les seuls, à vrai dire, qui permettent le diagnostic de la variété.

Prodromes. — Il existe deux modes différents de début : l'un dramatique, l'autre insidieux. Mais quelle que soit la variété à laquelle elle appartienne, l'hématocèle est toujours précédée de symptômes morbides du côté des annexes et de l'utérus « douleurs, troubles de la menstruation, réflexes gastriques ». Ce syndrome utérin est la signification extérieure de l'état plus ou moins maladif du péritoine ou de la trompe et qui prépare ainsi les conditions de l'affection,

Nous avons tenu à insister sur ces prodromes, parce qu'ils indiquent la salpingite pré-existante, et parce que ils peuvent parfois faciliter le diagnostic étiologique.

En effet, chez telle malade, tantôt les règles ont dimi-

nué ou disparu depuis 2 ou 3 mois ; il s'est produit du gonflement des seins, des malaises des troubles gastriques ; — tantôt, la malade présentait depuis longtemps des signes de métrite, d'ovaro-salpingite avec ou sans poussées de pelvi-péritonite ; — tantôt c'est une jeune fille qui n'a encore jamais été réglée ; — tantôt, enfin, depuis quelques mois, la malade accuse à chacune de ses époques quelques malaises : douleurs dans le petit bassin, péritonisme, qui l'obligent à garder le lit.

Après ces prodromes, survienne une hématoçèle, n'est-on pas immédiatement porté à croire qu'elle est due à une rupture de grossesse ectopique dans le premier cas, à une salpingorrhagie dans le deuxième, à un vice de conformation génitale dans le troisième, à une pelvi-péritonite dans le quatrième ?

Début. — Dans l'hématoçèle à *début brusque*, dramatique (Bernutz), les accidents simulent des accidents intestinaux ou le tableau d'une hémorragie interne. Ce début répond le plus souvent à une grossesse tubaire rompue.

Il existe une douleur violente, subite dans le bas-ventre, irradiée vers le rectum, la vessie, les reins. Il peut y avoir syncope et mort subite (marche cataclysmique de Barnes).

Dans l'hématoçèle à *début insidieux*, sournois, on constate de petits frissons, de la fièvre, de la sensibilité de l'abdomen, des élancements répétés. Ce sont là des signes de réaction péritonéale plutôt que des signes d'hémorragie interne.

Voici d'ailleurs comment s'exprime Gallard, qui en excellents termes, nous résume le début d'une hématoçèle classique.

« Si une femme est prise de troubles graves de la menstruation, consistant soit en un arrêt brusque de sang menstruel, soit en une hémorragie plus abondante et plus

prolongée que d'habitude, le tout accompagné de douleurs et de tension du ventre, il y a lieu de songer à la production d'une hématocele péri-utérine et de pratiquer le toucher » (p. 693).

Entre ces deux types extrêmes : dramatique et insidieux, existent cependant des formes intermédiaires. Libre ou enkystée, nous avons tenté de ramener en un tableau général les différents débuts de l'hématocele, tableau qui ne saurait avoir la prétention d'être complet, mais qui résume cependant à peu près toutes les formes de cette affection. Il est basé sur le début aigu ou chronique.

Hématocèles aiguës :

- f. cataclysmique { primitive.
 secondaire.
- f. aiguë classique
- f. anormales c. à d. en imposant pour :
 - une obstruction intestinale.
 - une appendicite.
 - une perforation intestinale.
 - une colique hépatique, etc.

Hématocèles chroniques :

- f. chronique d'emblée (Poncet, Jousset).
- f. mixte comprenant :
 - f. insidieuse.
 - f. à rechutes.
 - f. suppurative.
 - f. péritonitique.

Nous avons déjà décrit la forme *cataclysmique* : la malade est prise subitement d'une douleur intense dans le petit bassin, d'un état syncopal ; la mort est le plus souvent rapide. Ce sont des hémorragies internes, dépendant d'une grossesse extra. — Doit-on à cette forme refuser le nom d'hématocele ? Nous ne le pensons pas, pas plus qu'à des cas supposés d'hématocele et qui se résolvent rapide-

ment, grâce au péritoine non altéré, pas plus qu'aux hématoctèles libres dans la cavité abdominale et où le toucher est négatif. — Il faut ne pas oublier que ces formes ont nécessité parfois une enquête médico-légale, simulant plus ou moins un empoisonnement par la rapidité de la mort.

Surer décrit une forme *cataclysmique secondaire*. Que faut-il entendre par là ? — Ce sont les cas où la mort survient après deux ou trois crises douloureuses et qui arrivent rapidement à déterminer une issue fatale par l'intensité même et la fréquence de l'hémorragie.

La forme *aiguë classique* est celle que semble avoir décrite Gallard, nous n'avons pas à y revenir.

Quant aux formes *anormales*, nous entendons par là les cas où les lois de pathologie se trouvent méconnues et qui, au premier abord, prêtent à confusion. Elles relèvent surtout du diagnostic différentiel.

Poncet, Jousset, décrivent une forme chronique d'*emblée*. Les symptômes qui caractérisent l'état aigu font défaut, « les malades n'accusent qu'un léger malaise, une faiblesse générale, quelques douleurs expulsives et le toucher vaginal permet de diagnostiquer une hématoctèle ». Ce sont ces cas pour lesquels Laroyenne nous apprend que la ponction donne aussi bien un liquide séreux qu'un liquide hématique.

Les formes *mixtes* se prêtent assez mal à une description d'ensemble. Nous y comprendrons ces cas où l'écoulement sanguin se fait goutte à goutte par une sorte de suintement ; ces cas insidieux où, sans antécédents, on se demande si on a affaire à une pelvi-péritonite ou à une hématoctèle ; enfin ces cas à rechutes cités par Poncet.

La forme *suppurative*, si les symptômes du début sont nets, est d'un diagnostic délicat, mais possible. Il fut dernièrement fait par M. Vautrin. Mais combien on peut être

sujet à caution, vu la fréquence de la péri-méto-salpingite!

Période d'état. — La période d'état se caractérise par deux symptômes fonctionnels :

La douleur.

Les signes d'une hémorragie.

La *douleur* est due à la réaction péritonéale contre l'épanchement sanguin. Dans le bas-ventre, ces douleurs, gravatives, sont exaspérées par la pression, le mouvement. Elles peuvent encore revêtir la forme de coliques intestinales (Courty) ou de douleurs expulsives, rappelant celles de l'accouchement (Poncet), s'irradiant vers la vessie, les reins, le rectum. Les signes de l'hémorragie se caractérisent par la tendance à la syncope qui peut aller jusqu'à la perte de connaissance, la pâleur cadavérique du visage, la fréquence et la petitesse du pouls.

Dans le tableau général de la malade, notons les frissons ; la température au-dessus de la normale atteint le soir, 38°, 38°5 ; le pouls bat entre 120 et 140 ; il existe des nausées, des vomissements, le ventre est ballonné, la face grippée ; tous symptômes physiques que nous ferons plus loin avec plus de détail.

Mais quelle que soit la forme, nous devons une mention spéciale à un état particulier que l'on note au début de la période d'état : je veux nommer le *péritonisme*, qui peut, au début, dérouter le diagnostic, d'autant plus que la tumeur n'est pas encore formée. Nous l'avons pendant deux jours observée chez notre malade de l'observation XXVI. Elle semble traduire la péritonite aseptique du début. La femme est prise de frissons, de nausées, de vomissements et de ballonnement du ventre ; la face est même grippée, on dirait une péritonite ; nous n'en avons que les apparences. Elle rappelle le péritonisme de Gubler qui se calme vite par quelques doses d'opium.

Ce péritonisme sert à expliquer certains troubles que l'on aurait peine à comprendre autrement ; ne serait-ce que la miction par regorgement, alors que rien ne vient encore comprimer l'urètre ; certains cas d'anurie totale, alors que la tumeur hématique n'existe pas encore (1).

Phénomènes de compression. — Nous en aurions fini avec les signes fonctionnels, si avant de parler des caractères physiques, nous ne devions une mention aux phénomènes de compression. Ils sont proportionnels à l'abondance de l'épanchement : du côté du *rectum* : douleur spontanée, dyschésie, constipation, occlusions, rectite glaireuse ; du côté de la *vessie* : dysurie, ténésme ; plus rarement rétention ou incontinence (2). Ces phénomènes sont surtout fréquents dans la variété d'hématocèle anté-utérine.

Du côté des *uretères* : dilatation ; urémie (3).

Du côté des *nerfs* (4) : névralgies lombo-abdominales et crurales.

Du côté des *veines* : œdème des membres inférieurs.

Du côté de l'*utérus* : suintement plus ou moins sanglant dont la pathogénie est fort variable (5). Ce peut être de la simple congestion : métrite, caduque, évacuation de la trompe.

Notons ici quelques signes, sujets à double interprétation :

(1) L'existence de l'urobiline dans les urines des malades atteintes d'hématocèle, serait un signe précieux pour affirmer le diagnostic. Il peut y avoir coïncidence de la coloration des téguments et de l'existence de la substance en question dans la sécrétion urinaire. Dick a cité une observation dans laquelle la coloration de la peau et de l'urine, variait parallèlement à l'évolution d'une tumeur située dans le Douglas. — Th. Dublin, F. p. 479, 1885. *Sem. méd.*, 1885, p. 386.

(2) Rétention : observ. Schwartz, *in* Poncet ; observ. page 94.

(3) Dilatation : observ. de Gaube, *Bull. Soc. An.*, 1853, urémie convulsive : obs. de Leroux, *Arch. Toc.*, 1867, obs. Dumontpallier, *Soc. An.*, 1877.

(4) L. Tait, *Soc. gyn. Anglaise*, 1889.

(5) Bonnet et Petit.

S'il est facile de comprendre la constipation du début, cependant les cas de rectite glaireuse, de diarrhée, ne sauraient s'interpréter toujours comme synonymes d'ouverture d'hématocèle dans l'intestin. Dans l'observation XXVI, nous avons eu plusieurs jours de suite des selles argileuses. Nous retrouvons le même fait dans une observation de Lequeu (1). Ces cas doivent s'interpréter comme un symptôme de réaction péritonéale sur l'intestin. Il n'est pas admissible que 8 jours après une hématocèle, il puisse y avoir rupture.

Les selles peuvent quelquefois être sanglantes avec ou sans ouverture de la tumeur dans le rectum (2). Sans ouverture, la chose nous semble bien difficile à interpréter.

Symptômes physiques. — « Pour qu'il y ait hématocèle, « il faut *sentir nettement* une tumeur molle, parfois fluctuante, parfois pâteuse qui bombe dans l'un des culs-de-sac. »

Mais avant de pratiquer le toucher, voyons les signes que nous donnent l'inspection et la palpation du ventre.

Inspection. — L'abdomen est souvent météorisé, ballonné, et cela uniformément.

La palpation abdominale, simple d'abord, mais que l'on devra ensuite combiner avec le toucher vaginal, peut au début être presque impossible à cause de la sensibilité et du ballonnement de l'abdomen.

Généralement, dans les hématocèles rétro-utérines, la main abdominale sent la limite supérieure de la tumeur sous forme d'une courbe à convexité supérieure à une distance variable au-dessus du pubis, quelquefois jusqu'au niveau de l'ombilic (3).

(1) Lequeu et Rublamb. — *Bull. Soc. An.*, Paris 1893, p. 93.

(2) Gallard. — 1875, p. 653.

(3) Dans une observ. de Tugard (*Ann. gyn.*, 1886), le plastron remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic remplissant les flancs et la fosse iliaque.

L'utérus même est quelquefois parfaitement reconnaissable.

Ces signes différent-ils en cas d'hématocèle anté-utérine? Bien peu, disons-le de suite. A part, bien entendu, l'impossibilité de jamais découvrir l'utérus à la simple palpation, la tumeur hypogastrique semble le plus souvent remonter plus haut (question de degré de l'hémorragie mise à part) que ne le fait la variété rétro-utérine. Elle dépasse l'ombilic, *s'étalant* en quelque sorte au devant de la paroi abdominale.

Nous avons mis entre guillemets dans nos observations tous les passages relatifs aux symptômes physiques : il sera ainsi facile au lecteur de les parcourir rapidement.

C'est parfois une tuméfaction diffuse occupant la paroi abdominale ; d'autres fois une masse globuleuse, dure, bosselée même.

Elle occupe le plus souvent la ligne médiane. C'est là le siège classique de l'hématocèle anté-utérine proprement dite.

S'étend-elle dans l'une des fosses iliaques : elle peut être latérale, ou mieux provenir d'un hématome.

Envahit-elle uniformément les deux fosses iliaques, tout en remontant au-delà de l'ombilic : vous avez quelque chance pour avoir une supra-utérine.

L'hématocèle totale, encastrant de tous côtés l'utérus ne remonte jamais aussi haut que les précédentes, pas plus encore que l'hématocèle rétro-utérine abondante qui, trouvant les limites du pelvis trop restreintes s'en vient déborder les ligaments larges en avant. Leur caractère particulier est d'offrir un plastron moins vaste que l'hématocèle anté et supra-utérine.

Nous n'avons point la prétention de donner des signes immuables. Nous savons combien tout est sujet à varier en pathologie abdominale.

La forme du plastron n'a pas de signes propres. Jousset pour l'observation de Chauffard (XVI) avait cru reconnaître un signe particulier à l'hématocèle anté-utérine en lui décrivant la forme « de cœur de carte à jouer. » C'est là surtout le fait des hématomes.

En résumé, délicatesse de palpation mise à part, ce moyen de diagnostic à lui seul est impuissant à donner la variété clinique de l'hématocèle.

Seul, le toucher vaginal et combiné au palper abdominal, permet le plus souvent d'arriver à un diagnostic exact. Nous disons le plus souvent, il ne faut pas oublier en effet que la collection non enkystée ne donne aucune sensation au doigt par la simple raison qu'étant libre dans l'abdomen le sang est refoulé et n'offre aucune résistance.

Toucher vaginal. — Le vagin peut exceptionnellement être chaud comme dans une observation de Sébilleau, mais nous savons, d'après Nélaton, que la température vaginale ne dépasse généralement pas 38°.

C'est là un signe de grande valeur. Nous pensons que si on trouve le vagin chaud ce ne peut être qu'à la période suppurative.

Le col utérin est remonté (bien rarement abaissé), reporté en avant, et légèrement oblique. L'utérus, en effet, garde une position générale, couché dans le Douglas, et le col reste oblique d'arrière en avant. Cela s'explique encore par l'impossibilité qu'il a de se mouvoir en arrière, fixé qu'il est par la cloison vésico-vaginale, quel que soit d'ailleurs le volume du caillot dans le cul-de-sac antérieur.

Il peut cependant être repoussé en arrière, comme dans l'obs. III. — C'est là une exception.

Le cul-de-sac antérieur est proéminent; on sent une tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie, globuleuse,

généralement lisse, qui embrasse en croissant la face antérieure du col. Il peut exister un très léger sillon entre le col et cette tumeur qui n'est pas séparable de l'utérus ; on ne peut imprimer à la tumeur des mouvements de totalité. La consistance, le plus souvent fluctuante au début, devient, dans la suite, compacte, pâteuse ; elle varie, du reste, suivant les points de la tumeur ; à une période avancée, elle peut être d'une dureté presque ligneuse.

Le toucher rectal peut-il être de quelque utilité au diagnostic de l'hématocèle anté-utérine ? Ne permettrait-il de reconnaître que la position de l'utérus, évitant aussi pour cette recherche le cathétérisme utérin : à ce seul point de vue il doit entrer en ligne de compte. Et nous le croyons même de grande utilité ; il a, en effet, permis à Siredey de reconnaître les brides du Douglas.

Quant au spéculum, il ne donnera que bien peu de renseignements. On pourra voir le col congestionné, mou, par où s'écoulera du sang, enfin, le bombement du cul-de-sac antérieur du vagin.

Nous avons vu que certaines hématocèles anté-utérines ont été méconnues au toucher et seulement reconnues après laparotomie ou autopsie :

Plusieurs facteurs entrent en jeu ici. Le cul-de-sac antérieur est beaucoup moins accessible que le postérieur ; il descend moins bas que ce dernier qui empiète jusqu'à 2 et 3 cent. sur le vagin.

Cela explique déjà que le toucher y soit toujours positif alors qu'en avant, pour sentir le cul-de-sac vésico-utérin ou ce qu'il contient, il faut non seulement la vessie vide ou l'utérus en arrière, mais encore que la tumeur vésico-utérine vienne aplatis, distendre, étaler ce large tissu fibreux vésico-utérin qui forme une barrière et cache en quelque sorte ce qui existe par derrière. En effet,

en avant, le fond de la vessie n'est uni à la partie supérieure du col utérin que par un tissu cellulaire assez lâche, mais d'une hauteur de 2 à 3 cent., permettant les mouvements d'ampliation de la vessie. Ce tissu cellulaire se prolonge en bas, le long du vagin, par ce qu'on appelle la cloison vésico-vaginale épaisse de 1 cent. Le tissu cellulaire supérieur, celui qui facilite les mouvements de la vessie, peut donc permettre l'ampliation du cul-de-sac vésico-vaginal quand il est plein et que la vessie est vide et il explique ainsi la possibilité d'un toucher positif dans une hématocele. Mais il faut savoir que ce même tissu supérieur peut non seulement varier de hauteur, mais ne faire qu'un parfois avec la cloison vésico-vaginale toujours résistante, cela sur quelques centimètres.

Ne voit-on pas dans l'hystérectomie vaginale le décollement vésical non seulement toujours plus difficile que le décollement postérieur, mais parfois variant d'une opération à une autre et rendant l'opération plus laborieuse. De même dans l'hématocele, la barrière sera plus ou moins résistante et donnera moins de facilité au toucher.

C'est là aussi, je crois, qu'il faut chercher la raison de l'appréciation plus facile d'une hématocele totale par le cul-de-sac postérieur que par l'antérieur. Une hématocele totale sera bien anatomiquement totale ; dans ce cas (question de degré mise à part), tous les culs-de sac sont pleins, l'utérus semblera comme coulé dans une masse assez résistante, mais toujours le cul-de-sac postérieur bombera plus que l'antérieur, parce que l'utérus a gardé sa position normale et que le Douglas, ayant conservé son rôle physiologique, ne permettra pas au cul-de-sac vésico-utérin, plus petit et plus haut situé, de venir bomber suffisamment derrière la vessie pour que le toucher y soit positif.

Pour la supra-utérine avec utérus dans le Douglas, le

toucher du cul-de-sac antérieur pourra à la rigueur encore être négatif pour peu que chez la malade la cloison vésico-utérine soit résistante et que la vessie soit pleine.

Si nous avons fait jouer à ce tissu fibreux quelque importance et capable d'empêcher parfois le cul-de-sac antérieur de bomber, quels que soient le poids des caillots et la pression abdominale, c'est que lorsqu'il sera question de l'élytrotomie antérieure, nous verrons qu'il tend à rendre plus difficile cette élytrotomie que la postérieure où le tissu fibreux de la cavité de Retzius, lâche, rend le décollement plus facile.



CHAPITRE VIII

Diagnostic

A la période de début : cas suraigus.

A la période d'état : cas subaigus.

— cas chroniques.

Diagnostic étiologique.

Si le début a été brusque, dramatique, l'origine de l'hématocèle doit être cherchée très vraisemblablement dans la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Si le début a été lent, on pourra croire plutôt à une salpingite hémorragique.

Bien souvent ce diagnostic étiologique ne peut être qu'entrevu.

Peut-on cliniquement différencier l'hématocèle de l'hématome ?

Peut-on poser le diagnostic de grossesse extra-utérine avant la rupture ?

Après ce que nous avons dit au chapitre précédent, il semble que l'hématocèle à début particulier, à cortège symptomatique assez spécial, soit une affection pour laquelle il n'y ait que de rares erreurs de diagnostic possibles. « Le tableau clinique qu'offre l'hématocèle est souvent si caractéristique que l'hésitation n'est pas permise. L'apparition brusque d'une tumeur rétro-utérine coïncidant avec des phénomènes d'hémorragie interne est vraiment pathognomonique » (1).

C'était là notre conviction. Il faut croire cependant que ce n'est pas toujours aussi facile, puisqu'elle a pu souvent donner lieu à de fâcheuses interprétations.

Le diagnostic de l'hématocèle peut donc être, ou très facile, ou difficile, ou impossible. Cette façon d'envisager la question ne saurait être un plan. Aussi, nous a-t-il

(1) Pozzi, p. 847.

semblé plus sage de suivre notre première manière de faire et de diviser, comme nous l'avons fait aux symptômes et comme nous le ferons au chapitre du traitement, notre diagnostic différentiel en trois catégories de faits, c'est-à-dire comme ils se présentent en clinique : cas suraigus, cas subaigus, cas chroniques.

Si, de fait, les tumeurs rétro-utérines sont plus fréquentes que celles situées dans le cul-de-sac vésico-utérin, nous aurions dû, pour abréger ce chapitre, ne parler que des tumeurs capables de siéger en avant : c'est ce que nous ferons spécialement. Mais de par notre définition, nous sommes bien forcé, pour être complet, de parler des tumeurs du Douglas, ne serait-ce qu'à cause des hémato-cèles totales et supra-utérines.

Nous serons bref, cependant, sur ce dernier point.

Cas suraigus. — Il a déjà été parlé des cas simulant un empoisonnement grave, d'autres, une perforation intestinale (1) ou stomacale (ulcère rond) ou encore des coliques hépatiques, néphrétiques, une hémorragie intra-péritonéale provenant de quelque organe abdominal.

Si l'on veut bien nous concéder que tous ces accidents peuvent se produire avec le cortège simulant une péritonite aiguë, si l'on veut bien encore nous concéder que les péritonites aiguës, en dehors d'un traumatisme, d'une rupture d'un abcès, d'une perforation spontanée, de la purpuéralité, d'une infection générale, sont une exception ; — que chez une femme, vu la fréquence des phénomènes aigus insolites, il est tout naturel de porter son attention du côté des organes génitaux : il nous semble logique d'admettre que les affections avec lesquelles l'hématocèle suraiguë, j'entends une hémorragie interne, pourra être confondue, sont fort restreintes.

(1) Obs. de Lober où le début eut les signes d'une obstruction intestinale. *Bull. M. Nord*, Lille, 1877, p. 328.

Parmi les affections du petit bassin qui simulent le plus une péritonite aiguë, se trouve l'*appendicite*.

On sait, en effet, les diverses positions prises par l'appendice, et l'on comprend sans peine que cet organe, qui peut avoir jusqu'à 30 centimètres de longueur (1), puisse se diriger en bas, vers la vessie, et en imposer pour une affection péri-utérine (2). Heureusement que ce n'est point là son siège habituel d'évolution pathologique.

Les accidents péritonéaux, dans les cas d'appendicite, se trouvent localisés dans la fosse iliaque, sous forme d'un noyau dur et douloureux, à point fixe. On trouve toujours des phénomènes antérieurs du côté du tube digestif.

N'insistons point davantage : le diagnostic différentiel de l'appendicite n'a vraiment lieu d'être fait qu'avec l'étranglement interne et l'occlusion intestinale.

Encore que la *rupture d'un kyste hématique de l'ovaire* (3) soit une rareté, devions-nous cependant la signaler : collapsus, choc péritonéal, douleur, température basse, enfin péritonite plus ou moins aiguë, voilà à peu près ses signes habituels. Sont-ils différents des signes de l'hématocèle proprement dite ? nous ne le pensons pas ; aussi ce diagnostic ne saurait-il être fait qu'après laparotomie. De même encore celui de la *torsion du pédicule d'un kyste ovarique* (4).

Voilà, en quelques mots, le diagnostic différentiel de la période de début fait : la constatation des signes physiques est souvent difficile et les signes fonctionnels et généraux égarent le clinicien.

Il peut en être encore quelquefois de même pour les

(1) Talamon. *Appendicite et pérityphlite*, p. 37.

(2) Observation de Riel elot, qui a trouvé l'appendice adhérent aux annexes et simulant une salpingite. Obs. de Barker : hématocèle prise pour une appendicite chez une jeune fille de 11 ans. Laparotomie, *Soc. cl. Londres in Gaz. hebd. Bordeaux*, p. 463, 1893.

(3) *Thèse de Duffner*, Nancy, 1893.

(4) *Thèse de Mouls*, Paris, 1889.

débuts subaigus. Aussi nous a-t-il semblé sage de nous poser à ce propos une question : le tableau de l'hémorragie interne n'a-t-il pas des caractères suffisants pour la différencier de la péritonite ?

La réponse semble négative. Il est, en effet, des hématoécèles bénignes, c'est-à-dire dont l'hémorragie est minima ou encore qui trouvent une poche toute préparée : la réaction péritonéale sera donc aussi minima. Il en est d'autres graves, c'est-à-dire dont l'hémorragie est abondante et qui se révélera par les signes d'une anémie aiguë alors que non seulement les réactions péritonéales passeront au second plan, mais encore le résultat du toucher, si l'attention est portée de ce côté, sera négatif.

En effet, tout dépend de la quantité de l'hémorragie, de l'état du péritoine et de la susceptibilité individuelle : ne sait-on pas que certains péritoines réagissent plus que d'autres ?

Cas subaigus. — Nous ne saurions faire un diagnostic détaillé de toutes les affections du pelvis qui peuvent se confondre avec l'hématocèle totale ou anté-utérine. Nous nous contenterons de signaler les caractères qui les différencient.

Si les difficultés qu'il y avait autrefois à distinguer les altérations des annexes des autres affections du bassin, par suite de l'insuffisance de notions anatomiques précises persistent en partie aujourd'hui malgré les progrès de l'anatomie pathologique, du moins, aujourd'hui, après la période chirurgicale de ces dernières années devons-nous faire du diagnostic préopératoire raisonné. C'est la seule condition de réussite en pratique. Tel est ici notre but.

On connaît les 3 propositions que Delbet a formulées dans son ouvrage. C'est un schéma de diagnostic qui peut à la rigueur suffire souvent. Cependant, pour nous, elles nous ont paru tout à fait incomplètes, puisqu'il ne fait nullement mention des tumeurs situées en avant.

Nous nous permettons de les rapporter ici :

1° Une tumeur franchement *postérieure* qui déprime le cul-de-sac vaginal et repousse l'utérus directement en avant n'est jamais un phlegmon quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'est développée.

Si cette tumeur s'est développée rapidement avec des symptômes inflammatoires manifestes, si elle est régulière, rappelant par sa forme la grosse extrémité d'un œuf, ce ne peut être qu'une *hématocèle* ou une *pelvi-péritonite*.

2° Une tumeur *latérale* qui déprime et surtout empâte la paroi du vagin, qui adhère à l'utérus et se confond pour ainsi dire avec le col, qui adhère au pelvis, qui est absolument immobile et dont la surface présente de petites irrégularités, est symptomatique d'un *phlegmon*. Les trois signes cardinaux sont : 1° le siège nettement latéral ; 2° la continuité avec l'utérus sans sillon de séparation ; 3° l'immobilité.

3° Une tumeur *rétro-latérale*, haut située, à surface bosselée, séparée de l'utérus par un sillon manifeste est presque toujours due dans les conditions supposées à une *salpingite* ou plutôt à une péri-salpingite.

Or, dans la première proposition, c'est l'oubli le plus absolu et des kystes et des fibrômes et des salpingites. Il faut dire cependant que Delbet s'est essentiellement placé au point de vue des suppurations pelviennes.

Dans la deuxième proposition : oubli de la plupart des hématomes, tumeur latérale qui s'en va empiétant ou dans le cul-de-sac antérieur ou dans le postérieur.

Enfin, il a oublié la possibilité de la pelvi-péritonite antérieure. Sans compter notre variété d'hématocèle.

Aussi est-il préférable de faire entrer dans la question du diagnostic différentiel autre chose que ce que donne le toucher, c'est-à-dire le début de l'affection et son étiologie.

Les inflammations aiguës circum-utérines comprennent :

1° Le phlegmon pelvien localisé, c'est la paramétrite ou phlegmon du ligament large. La forme diffuse est la cellulite pelvienne de Pozzi.

2° La pelvi-péritonite secondaire, ou salpingite ou la péri-méthro-salpingite de Pozzi.

3° La pelvi-péritonite primitive qui peut être : postérieure, latérale ou antérieure.

Si l'on se souvient que le début du phlegmon pelvien (1) suit de près l'accouchement par de la fièvre et de la douleur ; peu de vomissements ; pas de ballonnement du ventre, comme caractère physique : une température latérale ; que la péri-méthro-salpingite est le plus souvent le résultat d'une infection mixte (Blennorrhagie et infection puerpérale), à tuméfaction rétro-latérale avec peu de température ; que la pelvi-péritonite streptococcique (purpérale ou chirurgicale), la seule inflammation à début vraiment dramatique, avec douleur soudaine, violente, siégeant à l'hypogastre, avec prostration, nausées, vomissements, ventre ballonné, petitesse et irrégularité du pouls et discordance entre le nombre de pulsations et le degré thermique qui atteint rarement 39°, de siège variable : rétro-latéral, anté-utérin ; on nous concédera bien que ces affections dont les phénomènes inflammatoires sont primitifs, ne sauraient être confondus avec l'hématocèle dont l'inflammation est secondaire.

L'hématocèle se produit sans fièvre, Elle est en général douloureuse au toucher et se laisse plus facilement déprimer que les exsudats et la péri-métrite. De plus, dans l'hématocèle il y a presque toujours perte de sang, ce qui existe rarement dans la péri-métrite. L'anémie instantanée

(1) *Ann. gynécologie*, VI, 1876.

est encore un facteur de diagnostic. Enfin, la marche ultérieure diffère (1).

Il n'en existe pas moins cependant de réelles difficultés de diagnostic. Je n'en veux pour exemple que celui que nous fournit Segond (2) dans une leçon à propos du phlegmon du ligament large. Quelquefois même le phlegmon peut être bilatéral et encadrer en avant l'utérus. Aurons-nous alors une hématoçèle supra-utérine ou une paramétrite double, ou une pelvi-péritonite anté-utérine ?

Et c'est spécialement dans les hématoçèles de moyen volume que le diagnostic est difficile ; ici pas de pâleur par suite de l'insuffisance de l'hémorragie ; rien de caractéristique dans les anamnestiques ; pas de retard important des règles pouvant faire supposer une grossesse extra. La sensation pâteuse des caillots, perçue par le vagin ne dure que quelques jours.

« Bref, dit Laroyenne (3), chez beaucoup de malades qui nous sont envoyées avec le diagnostic d'hématoçèle, ou chez qui nous croyons volontiers à ce diagnostic, on trouve du pus ou de la sérosité au débridement. Dans d'autres cas, par contre, le trocart donne écoulement à du liquide hématique alors qu'il n'était point soupçonné. » « Deux fois, nous dit Schröder, j'ai diagnostiqué non pas une hématoçèle, mais une péritonite purulente en présence de la fièvre continue et épuisante. Une large incision de la tumeur donna issue à du sang et non à du pus. Des

(1) La thermométrie utérine peut rendre service dans le diagnostic. L'hématoçèle péri-utérine se distingue de la cellulite pelvienne par la différence de température accusée par le thermomètre. Dans le premier cas, la température est notablement abaissée et arrive à 37°5, 37°2 ; dans la cellulite au contraire, elle ne descend jamais au-dessous de 38°2. L'hématoçèle qui se complique de pelvi-péritonite n'atteint pas plus de 38°1. Dans la métrite parenchymateuse, la température est de 39°5 (*Gazette médicale*, Paris 1877 et Nélaton, t. VI, p. 699).

(2) *Ann. gynéc.*, 1887.

(3) *Archives de tocologie*, 1891, p. 818.

principes infectieux peuvent donc spontanément (peut-être par les voies directes), pénétrer dans le foyer de l'hématocèle et provoquer la décomposition de son contenu.

Les phénomènes observés au début d'une *salpingite aiguë* qui se produisent plus ou moins violemment dans les formes chroniques au moment des poussées aiguës, avec possibilité de signes de compression du côté du rectum et de la vessie ; la constatation d'une tumeur limitée, ou encore les coliques salpingiennes dont le tableau a été magistralement tracé par Landau pourraient en imposer pour l'évolution d'une péritonite. Et de fait, beaucoup de médecins se contentent de ce simple diagnostic.

Ajoutez-y l'empâtement diffus sur les côtés de l'utérus, qui fait place au bout de quelques jours à du ramollissement ; au toucher : des culs-de-sac effacés, l'utérus immobilisé ; les troubles de la menstruation fréquents dans cette affection ; l'aménorrhée, l'accroissement apparent de la tumeur due à l'infiltration conjective des parties molles du petit bassin à l'approche des règles ; la possibilité de simuler une collection fixée dans l'un des culs-de-sac (de préférence le Douglas) : tout n'est-il pas réuni pour égarer le diagnostic ? Cependant le plastron abdominal (faisant saillie au-dessus de l'arcade de Fallope et qui n'est pas l'apanage seul du phlegmon du ligament large) ; la douleur exquise qu'on provoque au toucher (et qui n'existe pas dans l'hématocèle) ; la disparition subite de la tumeur ; la vomique-salpingée ; le toucher avec inégalités, bosselures de la trompe ; la sensation de corde, sont encore là des signes de quelque valeur pour le diagnostic de la salpingite.

De même les *abcès de la cavité de Retzius* pourraient en imposer pour une hématocèle supra-utérine. Bien que les observations en soient rares, devons-nous toujours avoir l'esprit tenu en éveil pour éviter toute erreur.

Cas chroniques. — C'est dans ces cas que l'on rencontre parfois le plus de difficulté à faire son diagnostic : d'un côté, les anamnestiques de la malade sont souvent contradictoires ; elle a pu oublier le début de l'affection ; d'un autre côté, ce sont des hématoécèles à petit fracas pour lesquelles on croit tomber sur du pus et où l'on tombe sur du sang, ou réciproquement.

Au point de vue pratique, l'hématoécèle chronique se présente sous trois formes : de tuméfaction solide ; de collection enkystée ; de suppuration ouverte.

Dans le premier cas, il faudra songer ou à un noyau de *paramétrite latéro-utérine*, ou *anté-utérine* ; à de la *pelvi-péritonite* plastique annexielle qui concourt surtout avec la paramétrite postérieure à la constipation, et, avec la paramétrite antérieure, aux troubles vésicaux. Quoique rares, ces lésions inflammatoires du cul-de-sac vésico-utérin ne laissent pas que d'être intéressantes.

Nous avons pu en lire quelques cas ; enfin, M. Vautrin a pu nous en donner deux exemples que nous publierons plus loin : c'est dire tout l'intérêt qui s'attache à cette question de localisation.

Nous ne devons pas omettre les *fibromes* que l'on trouve constamment en gynécologie, à propos du diagnostic différentiel. S'il existe plus fréquemment des fibromes développés à la face postérieure de l'utérus (fibromes pelviens de Pozzi, c'est-à-dire de la portion sus-vaginale, qui soulèvent le Douglas), il en existe également à la face antérieure. On basera son appréciation sur le degré des douleurs, l'existence ou non d'hémorragies, l'hystérométrie.

L'utérus peut-être augmenté de volume après la grossesse extra-utérine, l'hématoécèle : mais dans ces cas on voit se développer rapidement une tumeur dans un

des culs-de-sac et on a des phénomènes aigus qui sont rares dans les fibromes (1).

Avons-nous encore d'autres tumeurs solides du cul-de-sac vésico-utérin ? *L'utérus gravide antéfléchi* surtout au troisième mois de la grossesse pourrait présenter peut-être de très grandes difficultés de diagnostic. Cette antéflexion ne se produit guère qu'à la fin de la gestation.

Dans ce cas, il faudra tenir compte des signes généraux présentés par les malades, des commémoratifs, de l'immobilité de l'utérus, etc.

L'hématocèle se présente-t-elle sous forme de collection enkystée : songer à la *pelvi-péritonite* extensive qui peut donner lieu à des tuméfactions volumineuses ; à une *salpingite kystique*, dont le volume en impose parfois pour un kyste ovarien, un fibrome (2), cas rares, il est vrai, qui peuvent néanmoins se présenter par le cul-de-sac latéral et empiéter sur le cul-de-sac antérieur, comme nous le constatons tout récemment encore chez une malade.

L'hémato-salpinx généralement indolent augmente de volume au moment des règles. Son diagnostic semble aussi difficile à faire que pour la grossesse extra-utérine (3), surtout tubaire : ici, difficultés d'autant plus considérables que c'est à une rupture de grossesse tubaire, que l'on impute le plus souvent l'hématocèle ; celle-ci peut être précédée des mêmes symptômes que la grossesse tubaire.

(1) Cependant ce diagnostic de fibrome peut être rendu quelquefois très difficile (Obs. de Pilliet, *Bull. S. An.*, Paris, p. 411, 1894). Hartmann lui-même aurait, pour sa part, commis plusieurs fois l'erreur. Elle s'explique par ce fait qu'en même temps qu'une tumeur dure, adhérente à l'utérus on a une métrorragie, suivie d'écoulement sanguin continu, ce qui fait penser à un fibrome.

(2) Obs. de grossesses extra prises pour hématocèles : *Bull. Soc. An.*, Paris, 1854, p. 390 ; *Bull. Soc. An.*, Paris, 1859, p. 34 ; *Bull. Soc. An.*, Paris, 1860, p. 189.

(3) Lesourd. — *Thèse*, Paris, 1894.

Certains *kystes de l'ovaire*, en particulier les kystes dermoïdes du cul-de sac vésico-utérin peuvent offrir au clinicien quelque difficulté de diagnostic. D'après Lesourd, les kystes dermoïdes de l'ovaire tout en ne possédant pas de symptôme pathognomonique ont un syndrome qui permet de diagnostiquer leur nature dermoïde. C'est une triade symptomatique : douleurs spontanées, lenteur de l'évolution ; petit volume (1).

Pour mémoire, notons encore les *kystes hydatiques* du petit bassin (2) qui pourraient, à la rigueur, siéger dans le cul-de-sac antérieur ; — l'*hématocèle péri-vésicale*, c'est-à-dire de la cavité de Retzius (3) : nous n'en avons relevé que deux observations et toutes deux chez des hommes ; — la *lymphangite du ligament large* a pu, nous le savons, en imposer pour une tumeur pelvienne.

Si un foyer purulent est ouvert, il est souvent difficile d'en préciser l'origine. Cependant ces observations montrent la possibilité de ce diagnostic.

D'une façon générale, il ne peut être fait qu'après avoir porté son attention sur les antécédents morbides de la malade, la topographie exacte des lésions et les signes subjectifs et fonctionnels de l'affection. Ce n'est que par leur ensemble que l'on arrivera à un diagnostic exact.

Nous avons parlé au chapitre de l'Anatomie pathologique des éléments du diagnostic rétrospectif de l'hématocèle. Il nous reste, ce me semble, deux points à résoudre :

1° Peut-on différencier cliniquement l'hématome de l'hématocèle ?

(1) Cependant, un kyste simple dont le pédicule est tordu peut donner lieu à ce même ensemble de symptômes.

(2) *Kystes hydatiques du petit bassin*, thèse de Paris.

(3) Obs. Léon, in *Bull. therap.*, 1877 ; observ. de Duj. Beaumetz, in *Union méd.*, 1878, p. 147.

2° Peut-on poser le diagnostic de grossesse extra-utérine avant la rupture ?

Il est extrêmement difficile de distinguer si l'épanchement est intra ou sous-péritonéal.

Cela est si vrai que dans beaucoup d'autopsies un minutieux examen n'a pu fournir de conclusions certaines. « A plus forte raison, une intervention chirurgicale rapide comme la laparotomie, aveugle comme l'élytrotomie, ou un simple toucher vaginal dans les cas de guérison, laissent-ils de place à l'erreur. » On a bien dit que la tumeur était surtout latérale, le cul-de-sac postérieur vide (mais elle peut l'empiéter) ; que l'utérus est reporté de l'autre côté ; que le vagin a une coloration ecchymotique (Weisinger) ainsi que la paroi abdominale.

Mais ces signes n'ont pas si grande valeur puisque des épanchements, diagnostiqués intra-péritonéaux, se sont trouvés à l'ouverture du ventre dans le ligament large, et réciproquement. L'erreur est donc possible et on ne saurait faire de diagnostic exact.

Passons à la seconde question : on a pu lire combien, à notre avis, il était quelquefois difficile de poser le diagnostic rétrospectif de l'hématocèle. La clinique est-elle de meilleur secours pour résoudre la question ? Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est-il possible avant la rupture ?

Non, disent L. Tait, Prior, Reynolds, Ross (1) ; oui, disent Aveling, Barnes. Quand il s'agit de grossesse tubaire, les signes précurseurs sont des plus incertains : troubles menstruels, dysménorrhée, aménorrhée, métrorragies, modifications des seins, des fonctions digestives. Voilà pour les cas où l'attention de la malade et du méde-

(1) Le diagnostic de grossesse tubaire ne peut jamais être affirmé avant l'ouverture du ventre. Ross, *Am. F. of. obst.*, 1893.

cin peut être mise en éveil. Mais, souvent, rien ne vient troubler la quiétude générale jusqu'au jour où éclate la crise, le plus souvent sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion, d'un retour de la période menstruelle.

Pour Gauthier (1), il surviendrait quand l'œuf fécondé s'est arrêté dans la trompe diverses modifications : le *vagin* devient plus ample, plus humide ; il prend une couleur foncée, violacée. L'utérus, dans presque tous les cas, augmente de volume à mesure que la grossesse se développe, mais sans atteindre le volume d'une grossesse normale du même âge ; la *muqueuse utérine* subit le même travail que dans la grossesse normale : elle se transforme en caduque, qui est un élément précieux du diagnostic (2).

Pour Ribemont, Lepage, tous les signes fonctionnels de la grossesse normale peuvent exister : suppression des règles, augmentation du ventre et des seins, sécrétion du lait, troubles digestifs.

Malgré ces affirmations, il me semble que le diagnostic de la grossesse tubaire, toujours difficile, est souvent impossible (3). La plupart des femmes qui en sont atteintes ne soupçonnent même pas qu'elles sont enceintes, leur ignorance s'expliquant par ce fait que la grossesse extra-utérine atteint surtout des femmes qui n'ont pas été mères ou ne l'ont pas été depuis plusieurs années (L. Tait).

Quant aux phénomènes sympathiques du côté de l'utérus, de la muqueuse, il peut y avoir ramollissement du

(1) *Thèse de Paris*, 1893.

(2) Mais dont l'expulsion a manqué dans la plupart des cas observés par Pinard.

(3) Herzfeld. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1892. Gobillot. *Thèse, Paris*, 1894. *Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire*.

col... dans tout état métritique sans que pour cela on doive toujours soupçonner grossesse.

Faire enfin son diagnostic par le raclage de l'utérus ; mais la constatation de cellules de la caduque n'est pas un signe certain. Bien que le raclage ne soit pas sans inconvénient (1), il faut savoir que de pareils produits membraneux s'observent dans l'endométrite chronique, la dysménorrhée pseudo membraneuse. On a même trouvé une fausse membrane au milieu des caillots, dans un cas d'empoisonnement mortel par le phosphore (Fraenkel). Enfin, certains produits d'expulsion du col peuvent en imposer pour une caduque : ils ne sont, après examen microscopique, que du mucus, teinté de sang et plus ou moins concret.

(1) Il peut même déterminer une rupture du sac.

CHAPITRE IX

Pronostic

Quoad vitam : doit être réservé parce qu'il existe des cas foudroyants (à marche cataclysmique de Barnes), parce que les cas, en apparence favorables au début, sont sujets à des complications ultérieures graves (suppuration, septicémie).

Quoad functionem : le pronostic est sérieux, parce qu'il subsiste des reliquats plastiques autour de l'utérus, des adhérences de l'ovaire et des oblitérations de la trompe ; la fécondation est le plus souvent compromise.

Le pronostic de l'hématocèle serait variable suivant les hasards de la clinique (Bonnet).

Cependant nous avons pensé qu'il serait rationnel de l'examiner à deux points de vue : immédiatement et consécutivement.

Le pronostic *immédiat* varie absolument avec la variété de l'hématocèle à laquelle on a affaire, grave au premier abord dans la variété cataclysmique, il ne laisse pas moins que d'être fort sérieux dans les cas subaigus, soit qu'on ait à craindre une nouvelle hématocèle à brève échéance, soit qu'en opérant il soit impossible de trouver la source de l'hémorragie. L'hématocèle peut donc être suivie de mort rapidement (hémat. abondante) à brève échéance, (rupture de la poche néo-formée). Ces éventualités, heureusement, ne répondent qu'à la minorité des cas.

Consécutivement à une hématocèle qu'a-t-on à craindre ? La récurrence est rare (Schröder).

Dans le cours de la guérison, on peut craindre la suppuration. Mais ce à quoi il faut toujours songer, et ce dont

il faut prévenir la malade, c'est qu'il persiste toujours des lésions pelviennes, déviations utérines, brides péritonéales, qui sont ainsi la cause de troubles prolongés et qui entraînent la stérilité généralement.

Se plaçant au point de vue de l'état du péritoine, Sébileau (1), divise les hématoécèles en trois classes, selon l'état du péritoine, infecté ou non, par la voie vaginale :

1° S'il n'y a pas d'infection, le caillot est rapidement résorbé et ne laisse après lui aucune lésion péritonéale.

2° S'il y a infection légère ou courte, le caillot n'est que lentement résorbé et amène des lésions du péritoine, mais non suppurées.

3° S'il y a infection grave ou continue, suppuration de l'hématoécèle, transformation en abcès pelvien et production d'une pelvi-péritonite purulente.

Ainsi donc le pronostic de l'hématoécèle dépend uniquement de l'état de la voie vagino-utérine.

En théorie, cette idée est fort séduisante : prévenir l'infection vaginale, l'arrêter si elle a commencé ; antiseptie du vagin et de l'utérus : on est ainsi toujours certain de la résorption de l'épanchement sanguin et, partant, de la guérison de sa malade. Mais en pratique il en est autrement.

Qu'on nous permette de citer l'observation suivante, en contradiction absolue avec l'idée émise par Surer.

La nommée F. J..., âgée de 36 ans, entre le 21 novembre 1894, à la clinique de M. le professeur Spillmann, pour rétention aiguë d'urine. N'aurait jamais fait de maladie ; toujours bien réglée, mère de 3 enfants, dont le dernier a 11 ans ; jamais de fausse couche. L'an passé, aurait eu une maladie de matrice : écoulement vaginal abondant, douleurs rénales. Depuis 4 ans, elle avoue tacher son linge abondamment. Jamais de métrorragie ni d'aménorrhée.

(1) Thèse de Surer.

— Début de la maladie il y a 8 jours par des douleurs dans le bas-ventre avec irradiation dans les cuisses. Pendant les règles, 3^e jour, après un coït brutal, aurait ressenti les premières douleurs. Les jours suivants, le ventre s'est ballonné.

— Matité compacte jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. La malade dit ne pas avoir uriné depuis 24 heures. Par le toucher vaginal, on sent le col gros, dur, reporté immédiatement sous la symphyse, en avant, il est considérablement abaissé. Le cul-de-sac postérieur est plein, rempli par une tumeur arrondie, mollassse et légèrement douloureux. L'utérus est fixe. La malade n'accuse aucune température. Elle est sondée. Une vessie de glace appliquée sur le ventre.

Il est fait des injections vaginales chaudes au permanganate de potasse.

Le lendemain et le surlendemain, on est encore obligé de la sonder.

Elle sort le 30 novembre et rentre quelques jours après, se plaignant de douleurs survenues à nouveau au moment des règles.

Le toucher donne toujours une tumeur dans le Douglas, moins volumineuse, mais appréciable cependant.

Le 15 décembre, elle aurait remis des matières fécales jaunâtres.

Elle sort définitivement fin du mois (1).

Voilà donc une malade atteinte d'endométrite pour le moins, et dont l'hématocèle se résorbe en un mois et demi, deux mois. N'y avait-il donc pas là contamination ancienne et directe? Et pourquoi résorption rapide? Erreur de diagnostic, pourrait-on nous dire? Phlegmon utérin? Mais je ne sache point un phlegmon capable d'amener une rétention aiguë et de se résoudre si rapidement sans état général grave ou température: car jamais la température de cette malade n'a dépassé 37°5.

Retenons le fait: aseptie du vagin. C'est une bonne condition, mais qui ne semble pas indispensable.

(1) Observation communiquée par notre ami Thiry, externe du service.

CHAPITRE X

Marche. — Durée. — Terminaisons.

Marche. — Essentiellement lente, chronique. — Poussées d'accroissement possibles à chaque époque menstruelle. — Tendance habituelle à la résolution dans la plupart des cas où la mort n'est pas survenue dès le début. — Diminution par saccades de la tumeur ; notable surtout aux époques menstruelles, stationnaire pendant l'intervalle.

Durée. — Très longue le plus souvent. Pendant fort longtemps, tumeur persistante, douloureuse. Recrudescence des douleurs et poussée fébrile à l'époque des règles.

Il nous semble logique de diviser la terminaison de l'hématocèle en plusieurs catégories. C'est moins l'hématocèle anté-utérine que l'hématocèle en général que nous avons en vue ici.

1^o *Par résorption rapide.* — La marche habituelle de l'hématocèle est la *résorption*. La tumeur, liquide au début, se solidifie en caillots qui deviennent de plus en plus consistants, qui prennent une dureté ligneuse, parfois osseuse ; on sent des bosses plus ou moins saillantes.

La tumeur met en général plusieurs mois pour se transformer ; dans les cas favorables, la disparition de la tumeur peut avoir lieu dans un mois (1).

Les règles, pendant cette résorption rapide, réapparaissent généralement et donnent à la tumeur une légère poussée qui n'est que momentanée. Quand on revoit plus tard les malades après la guérison, on peut retrouver un noyau

(1) Cas observé en décembre 1894, service de M. le professeur Spillmann.

d'induration qui peut en imposer pour un fibrome, ou des noyaux de pelvi-péritonite (1).

2° *Par passage à l'état chronique.* — L'amélioration peut tarder et ne se faire qu'en 6 ou 8 mois. Dans ces cas chroniques, il y a généralement aménorrhée pendant plusieurs mois.

C'est dans ces cas où on observe des poussées successives, comme si de nouvelles quantités de sang étaient versées sur le premier foyer.

« Ces répétitions se montrent parfois peu de jours après le début des accidents ou tardivement aux époques menstruelles qui suivent, sans doute sous l'influence de la congestion cataméniale. Dans les cas où l'hémorragie a pour origine la rupture d'un kyste fœtal, le retour des accidents est particulièrement redoutable, et peut rapidement donner la mort, alors que tout danger avait paru conjuré. » (2).

3° *Par rupture.* — Outre ces cas de résorption plus ou moins radicale, la terminaison la plus dangereuse est la rupture du sac dans le péritoine (3) pouvant ainsi occasionner une péritonite mortelle. C'est généralement au moment d'une époque menstruelle que surviennent les signes d'une tension extrême de la tumeur sanguine, qui jusqu'alors avait évolué sans grands phénomènes. Ce sont ces cas à surprises où l'intervention chirurgicale reprend tous ses droits.

La rupture s'annonce généralement par des douleurs subites et par tous les signes de la péritonite par perforation.

(1) De Courty. — Nous nous souvenons d'ailleurs nous-même d'une malade dont le diagnostic est resté en suspens à la clinique de M. le professeur Heydenreich, précisément dans ces conditions (novembre 1892).

(2) Pozzi, p. 846,

(3) Troquart. — *Journal méd. Bordeaux*, 1879. Hématocèle péri-utérine ; transformation purulente des caillots ; évacuation dans le péritoine. Mort.

4° *Par ouverture spontanée.* — Les terminaisons les plus heureuses sont l'évacuation par le rectum ou le vagin. Dans le cas d'évacuation par le rectum, on voit apparaître du catarrhe intestinal, ce que Nonat a qualifié sous le nom d'entérite glaireuse. Si l'on n'a pas assisté aux débuts de l'affection, on peut croire à un néoplasme du rectum. Pilliet (1) en cite deux cas. Cela s'explique encore : à l'entérite glaireuse succède généralement une évacuation de matières noirâtres, couleur chocolat et goudron, remplies de membranes (2).

« L'ouverture spontanée pourrait peut-être se faire dans
« la vessie, surtout dans les hématoécèles anté-utérines ;
« mais nous ne croyons pas qu'on en ait jamais signalé
« un seul exemple (3) ; Olt. (4), cependant a rapporté un cas d'ouverture simultanée à la paroi et à la vessie. Enfin, nous avons à signaler le cas de l'observation XIX.

L'ouverture par le vagin est rare, parce que généralement on intervient avant, par ponction ou par incision. Les jours qui précèdent l'ouverture spontanée de la tumeur sanguine, il se fait des changements dans sa consistance, dans les symptômes du voisinage et dans les symptômes généraux. Le vagin est plus chaud, plus fluctuant ; la fièvre qui avait disparu, renaît le soir. La ponction autrefois très à la mode n'empêche pas toujours l'ouverture spontanée.

L'évacuation peut ainsi se faire complètement et la guérison a lieu, mais la mort peut arriver par épuisement et par l'infection qui cause la pénétration des matières fécales dans le foyer.

5° *Par mort rapide.* — Binaud, dans ses conclusions,

(1) Pilliet. — *Bullet. Soc. anal.*, 1893.

(2) Boisleux.

(3) Jousset, p. 61.

(4) Olt., *Gaz. hôp.*, 1861.

nous apprend qu' « il est beaucoup plus fréquent qu'on n'avait cru jusqu'ici, de rencontrer des épanchements abondants menaçant rapidement la vie de la femme, soit d'emblée, soit à la suite de paroxysmes successifs ». Nous n'avons point à discuter ici du bien-fondé ou non de cette affirmation. Ce que nous devons en retenir seulement, c'est que la mort immédiate ou à brève échéance est une des terminaisons possibles de l'hématocèle. Nous devons la signaler. Si Jousset ne la mentionne point, c'est qu'avec les anciens il ne considère l'hématocèle qu'autant qu'elle existe à titre de tumeur enkystée. Que ces hémorragies mortelles soient dues à la rupture d'une grosseur tubaire, au décollement du placenta, que nous importe. Ce que nous tenons à répéter, c'est que la mort n'est due primitivement qu'à de vastes épanchements, et s'ils sont rares, rare aussi est la mort primitive.

6° *Par intervention chirurgicale.* — Cette terminaison du lieu et du moment sera longuement discutée au chapitre du traitement. Nous n'avons ici qu'à la signaler.

CHAPITRE XI

Traitement

MÉDICAL. — Ses indications.
Ses moyens.

CHIRURGICAL. — Faut-il opérer l'hématocèle ?

Cas suraigus et subaigus. — Après rupture.

Discussion : A. Expectants.

B. Interventionnistes immédiats.

Leurs arguments $\alpha \beta \gamma \delta \epsilon$.

Réponse $\alpha \beta \gamma \delta \epsilon$.

C. Modérés.

Indications du traitement chirurgical.

De la voie à suivre.

Cas chroniques. — Après enkystement.

Discussion : Expectants.

— Interventionnistes.

— Modérés.

Méthodes opératoires : Leur description.

Voie vaginale : Laroyenne.

— Routier.

— Elytrotomie interligam.

Voie abdominale : Transpéritonéale.

— Sous-péritonéale.

Sont-elles toutes applicables à l'anté-utérine ?

Elytrotomie antérieure.

Indications du traitement chirurgical.

De la voie à suivre.

CONCLUSION.

« Bien différent doit être le traitement de l'hématocèle, due soit à des ruptures de varices, ou de néo-membranes, soit au reflux du sang en raison d'un obstacle à sa sortie naturelle, ou d'hématocèle due à des ovarites, salpingites, ou à une grossesse tubaire interrompue. »

Voici comment s'exprime Mangin (1) :

« Or, baser un traitement sur un diagnostic étiologique est *impossible*. Il est en pratique *impossible* de distinguer l'hématocèle causée par la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin de celle qui reconnaît une autre cause.

Les ouvrir toutes, comme Laroyenne, « parce que le diagnostic entre l'épanchement hématique et la collection purulente de la pelvi-péritonite à début menstruel est impossible », nous semble également exagéré.

Nous avons 2 traitements :

Chercher à en poser les indications précises ainsi que celles de la voie à suivre : voilà uniquement notre but.

Nous terminerons en exposant la pratique qui nous semble toujours la plus facile, souvent la plus sage, et qui donne le plus de satisfaction à tout praticien soucieux de bien faire et désireux de pouvoir toujours répondre à la confiance que sa malade a bien voulu mettre en lui.

Traitement médical. — « La marche habituelle de l'hématocèle est la résorption. » Le corollaire de cette proposition sera donc celui-ci : « Dans la plupart des cas, il faut attendre la résorption et s'abstenir de toute intervention, si elle se fait graduellement. »

Il y a en réalité nombre de cas où le traitement médical fait tous les frais de la cure. C'est donc par celui-ci que nous commencerons.

Mais auparavant, quelles sont les hématocèles qui relèvent du seul traitement médical ?

1° *En pratique*, toutes les hématocèles, quelle que soit leur forme, relèvent, à leur période de début, du dit traitement.

Nous expliquerons d'ailleurs ce principe plus loin,

(1) Mangin, *Nouv. Arch. Obstétrique*, 1894, p. 313 et 1894, p. 48.

Qu'on soit interventionniste ou non, en pratique je dis que l'attente est obligatoire, ou des préparatifs d'une laparotomie si on est partisan soi-même de l'intervention ou du chirurgien si on lui confie sa malade, ou de la seule médication convenable, souvent : l'expectation armée.

2° Celles constituées de petit volume, qui ne donnent ni fièvre, ni menace de suppuration, chez qui la résorption se fait progressivement, celles en un mot qui évoluent naturellement.

3° Celles dites hématomes, c'est-à-dire les hématoécèles extra-péritonéales du ligament large, ou sous-péritonéopelviennes. Dans la majorité des cas, ils guérissent rapidement, et il est bien rare que l'on soit contraint d'agir chirurgicalement ; excepté, cela s'entend, quand ces hématomes sont de grand volume et se rompent dans la cavité pelvienne (Ozenne).

Voici les indications. Voyons maintenant les moyens médicaux que nous avons à notre disposition ? — Nous pouvons les ranger en deux classes.

A) Moyens contre l'hémorragie interne et le collapsus.

B) Moyens en faveur de la résorption ou traitement médical proprement dit.

A) Nous ne saurions mieux faire que de transcrire les excellents conseils que nous trouvons dans l'ouvrage de Bonnet-Petit : Mettre la malade au repos absolu, la tête un peu basse pour éviter, si faire se peut, les accidents d'anémie cérébrale, appliquer la glace sur le ventre afin de modérer la réaction péritonéale ; mettre encore des compresses froides, fréquemment renouvelées sur les cuisses (1) ; — administrer par cuillerées à soupe, une potion de perchlorure de fer (à 25 gouttes environ) et 5

(1) Pas de sangsues, comme le recommande Ozenne (in *Bullet. Médic.*, 6 oct. 1895) : 15 à 30 dit-il ; et à renouveler plusieurs fois les jours suivants s'il est

gouttes de teinture de digitale toutes les 2 heures, dans le but de favoriser la formation des caillots (1). D'autre part, instituer le traitement général du collapsus : injections sous-cutanées d'éther ; alcool à l'intérieur ; — opposer à la douleur : l'opium, les injections de morphine ; à la soif, des boissons toniques (champagne, alcool) — et acidulées (eau de Pagliari, de Tisserand, etc...) ; — éviter enfin et surtout de remuer la malade afin de ne pas réveiller les douleurs et les vomissements du début.

La physiologie nous apprend que les accidents de choc, de syncope, le collapsus tiendraient à la diminution assez brusque de pression sanguine. On peut y remédier par quelques moyens que les Américains (2) recommandent depuis 2 ans, nous avons nommé : la strychnine, la nitroglycérine, la transfusion sanguine (fort médiocre en pratique), l'injection directe d'eau chaude dans l'artère fémorale, les injections intra-veineuses de solution saline surtout, les lavements salés abondants, les injections sous-cutanées de sérum artificiel : tous moyens fort peu usités en France, mais dont quelques-uns cependant méritent peut être plus qu'une mention.

Vous voilà maître de l'hémorragie, ou tout au moins le croyez. Votre malade va mieux, le pouls se relève un peu, la figure est moins blanche ; elle se réchauffe : vous êtes arrivé assez à temps pour être certain que ce sont les accidents dus à une hémorragie interne que vous avez eus

nécessaire. C'est encore la pratique de Courty pour lutter contre la péritonite partielle. Mais n'est-elle pas nécessaire cette péritonite afin de limiter l'épanchement ? Des sangsues, à cette époque du moins, nous semblent ne servir qu'à soustraire une nouvelle quantité de sang à la malade.

(1) Et jamais d'Ergotine (Boisleux) que nous considérons absolument comme contre-indiquée parce qu'elle peut provoquer des contractions de l'utérus ou de la trompe et causer une hémorragie secondaire.

(2) Haven, Horrocks. — *in Boston médical*, 1893, Am. J. obst. 1894. Schwartz.
— Congrès allemand de Hasse.

à combattre. Vous êtes à peu près sûr de votre diagnostic (étiologique non pas nous l'avons dit) vous avez écarté les chances d'erreur (formes anormales) : qu'allez-vous faire ?

S'il est en pathologie herniaire, un commandement immuable formulé par Trélat :

« Le chirurgien ne peut sortir que quand la hernie est rentrée.

« En fait de hernie, ne remets pas au lendemain ce que tu dois faire aujourd'hui.

Nous dirons à notre tour pour l'hématocèle :

« Ne quittez votre malade que quand vous êtes sûr que l'épanchement ne progresse pas.

« Si, quelques heures après le début des accidents elle progresse toujours, vous ne sauriez remettre au lendemain ce que vous devez faire aujourd'hui.

En un mot, votre conduite doit être : Expectation armée.

Soyez certain qu'en dépit des affirmations des laparotomistes, votre épanchement se limitera. Nous partageons en ce point entièrement l'avis de Laroyenne, de Mangin (1), d'Ozenne (2). Malgré parfois la gravité des premiers symptômes, tout rentrera dans l'ordre (3).

Rarement l'hémorragie continuera ; c'est en vue de ces cas toujours possibles, que nous avons formulé plus haut notre second précepte. Alors dans ce cas, préparez-vous vite à intervenir directement (et toujours par la laparotomie).

(1) Mangin. — *Nouv. Archiv. d'Obstétrique*, 1892.

(2) Voilà les noms les plus nouveaux à côté des plus anciens : Bernutz, Nonat, Nélaton, Gallard, Barnes, Jousset, Gaillard-Thomas, Emmet, Courty. — Ce sont les partisans de la méthode anti-chirurgicale au début.

Enfin, nous sommes heureux de nous trouver en communion d'idées avec Seyfert (Pragues), Le Fort, Duplay, Bouilly, Poncet, Terrillon, Hégard, Hattenbach, Martin. On ne doit intervenir que si les accidents exposent la vie et la santé générale.

(3) Excepté si l'on est convaincu de rupture de grossesse tubaire.

Plus rares encore sont les hémotocèles dites cataclysmiques secondaires, c'est-à-dire celles qui, après une première alerte, jugent bon, le lendemain, le surlendemain, 5 jours même après les premiers accidents, de bien s'affirmer en mettant la femme exangue. Il faut bien le dire, dans ces cas, rares, cette seconde hémorragie tue rapidement.

Quelle que soit donc la variété d'hématocèle, il s'écoule une période de 8 à 12 jours (au maximum), avant l'enkystement absolu (1).

Nous n'avons qu'une chose à faire : l'expectation armée.

B). Mais souvent on appelle le médecin, la tumeur déjà formée, de diagnostic parfois difficile, mais cependant toujours possible ? Elle est *petite et sans complications*. Quel traitement lui opposer ?

Nous n'avons qu'un seul but, activer le processus de résorption. Par quels moyens ?

Surer, nous l'avons déjà dit, accorde à l'antisepsie vaginale une très grande importance. D'elle seule dépendrait l'avenir de l'hématocèle. N'oublions donc pas la pratique de Sébilleau, sans cependant être persuadé qu'avec une antisepsie rigoureuse du vagin, l'hématocèle ira à guérison. C'est possible, mais nous savons d'autres facteurs capables d'infecter le caillot.

Parmi les résolutifs, nous avons les résolutifs à la paroi abdominale, les vésications volantes ; l'onguent mercuriel, tous à notre avis de beaucoup inférieurs à la glace ; repos le plus absolu au lit, éviter toute constipation ; faire de l'antisepsie intestinale ;

Ne pas oublier de prendre chaque jour la température pour se mettre à l'abri de toute surprise.

(1) Martin. — *Arch. gyn.*, 1893, p. 103. Excepté pour les cas de grossesse extra-utérine.

A ce propos, il faut savoir qu'une température entre 37°5 et 38°5 n'est pas toujours l'indice d'une suppuration. Les réactions péritonéales suffisent à l'expliquer.

Enfin on attendra pour faire lever la malade, que les règles se soient passées sans incident.

Même à titre de mention, nous ne saurions parler du traitement d'Apostoli (1), appliqué aux hématoécèles (2).

Quant à la question du massage utérin, il est une règle immuable : n'user de cette thérapeutique que quand tout accident aigu est passé.

Le traitement de ces cas chroniques se résume en repos, glace abdominale, injections vaginales chaudes et antiseptie générale.

Traitement chirurgical. — Faut-il opérer l'hématoécèle? Nous avons cru devoir poser cette question, car si l'accord commence à se faire sur les facteurs étiologiques de l'hématoécèle, il cesse dès qu'il s'agit du traitement ; et si la discussion porte aussi bien quand l'hémorragie vient de se produire, que quand l'hématoécèle est constituée et enkystée, du moins varie-t-elle dans le fond.

Deux questions se posent :

En cas d'hémorragie (3), faut-il opérer ?

En cas d'hématoécèle, par quelle voie opérer ?

Nous ferons donc ici deux chapitres.

A) Traitement après la rupture.

B) Traitement après l'enkystement.

(1) *Sem. méd.*, 1895.

(2) L'électricité n'est permise qu'avec un diagnostic certain. Ce qui n'est pas toujours possible. On peut de cette façon rapatrier un pyosalpinx (cas de mort, Reynolds, *Boston, méd.*, J. 1893).

(3) Synonyme si l'on veut d'hématoécèle libre.

CAS SURAIGUS. TRAITEMENT APRÈS LA RUPTURE

Les différentes opinions admises peuvent se répartir en trois groupes :

A) Les abstentionnistes.

B) Les interventionnistes.

C) Les modérés ou opportunistes.

Chaque camp ne manque pas d'arguments pour défendre sa cause :

A) Que nous disent les abstentionnistes : Maury, Wylie, Byrne, Lec (1) et nos classiques en général ?

« L'hémorragie ne serait jamais mortelle ; toute intervention est donc inutile et grave.

« Jamais les malades ne succombent à l'hémorragie quand on les laisse au repos et dans une position immobile ; les symptômes généraux sont évidemment graves : les malades syncopent fréquemment ; leur pouls est à peine perceptible ; leur face blanchie par l'anémie les fait presque ressembler à des cadavres. Mettez-les la tête un peu basse, le ventre recouvert d'une vessie de glace, et vous les verrez petit à petit revenir à elles-mêmes. La femme fait si facilement du sang ! » (Laroyenne).

« La laparotomie dans de telles conditions est détestable et surtout grave chez une moribonde (2) ».

« Il ne s'agit point d'une laparotomie vulgaire ; on opère une femme anémiée, sans force, en pleine période de choc péritonéal, qui succombera à votre intervention, si elle ne meurt pas déjà pendant (3) ».

Si le cas est grave, n'opérez pas, l'intervention achèvera la malade. Si le cas est bénin, n'opérez pas davantage, la malade guérira toute seule.

(1) *Société obst. New-York*, oct. 1888.

(2) *Condamin. Prov. méd.*, 1894.

(3) *Le Dentu. — Gaz. méd.*, Paris, 1894.

« Les hémorragies consécutives à des ruptures tubaires, survenues dans les premiers mois s'arrêtent spontanément. » (Condamin).

Mandelstam, Barnes, Wirth, Johnson, Monill, Mac Lean, Elliot, Coe, Byford, Robinson, Neumann (1), sont d'avis d'attendre.

B) Il faut ouvrir le ventre, toujours et tout de suite, crient les interventionnistes. C'est la gauche intransigeante dont le leader. L. Tait, déclare toute hésitation coupable.

L'hémorragie est fatale si on n'intervient pas. Comme le dit Pozzi (2) : « Chaque fois que l'hémorragie menace la vie d'une femme, il faut aller à la recherche de la source du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une plaie intérieure. Il faut ne pas temporiser et ne pas laisser mourir la femme dans l'attente d'une hémostase spontanée. L'opération dans ce cas, est 100 fois moins grave que l'attente »,

Cette règle formulée par Keller (3), dès 1872, a été surtout mise en pratique à l'étranger. C'est à elle que Lawson Tait a dû de merveilleux succès. Sur 80 cas : 42 laparotomies, 40 malades sauvées,

Plusieurs auteurs contemporains conseillent la même conduite. Holstein (4) : dans les cas où se manifestent rapidement des signes d'hémorragie interne il faut sans hésiter ouvrir l'abdomen ; Wathen (5), Weitt (6) sont du même avis. Haveis Cabot (7), Goodel, Walsch, Horrocks, Laurence (8) sont pour l'intervention.

(1) *Soc. gyn. Washington et New-York*, 1885-1892.

(2) Pozzi. — *Sem. méd.*, 1890, 16 juillet.

(3) Keller. — *Thèse*, Paris, 1872. *Gr. extra.*

(4) *Deutsche M. Woch.*, 1883, p. 795.

(5) Wathen. — *N.-Y. M. J.*, mars, 1890.

(6) Weit. — *Congrès Berlin*, 1890.

(7) Cabot. — *Boston médical*, 1893.

(8) *In Cestan*, p. 128.

Ils disent encore : « la poche peut se rompre et la malade mourir d'hémorragie ». Ce sont les cas dits cataclysmiques secondaires.

La poche peut suppurer d'emblée. Tuffier, Quenu ont montré récemment par des recherches précises que les collections sanguines sont souvent septiques.

La temporisation n'amène que des regrets et souvent des remords.

Il nous semble que si, scientifiquement, ces arguments sont valables, dans la pratique, il faut raisonner autrement.

Cestan conclut ainsi :

Enfin, le chiffre de près de 80 0/0 de guérisons après opération d'urgence est tellement concluant que les hésitations ne sont plus de mise, et nous dirons, en présence d'une femme atteinte d'hémorragie interne par rupture de grossesse tubaire supposée, il faut intervenir d'emblée :

α Parce que la rupture en elle-même est un accident très grave, se terminant très souvent par la mort, beaucoup plus rarement par l'enkystement,

β Parce qu'une femme épargnée par une première attaque est très exposée à succomber aux crises successives dont le retour est si fréquent et qu'en pareil cas, l'attente de meilleures conditions pour intervenir en ferait rencontrer de plus mauvaises, soit que la femme fût plus déprimée par une perte sanguine plus considérable, soit que les conditions locales elles-mêmes fussent devenues plus difficiles par la présence d'adhérences et de réactions péritonéales qui peuvent entraver l'opération, sans mettre obstacle à l'hémorragie.

γ Parce que l'enkystement lorsqu'il se produit, ne met pas la malade à l'abri d'accidents parfois très graves : suppurations pelviennes, compressions vésicales, fistules, que la présence de débris fœtaux, de caillots, d'une trompe rompue et altérée est loin d'être indifférente et que le tout nécessitera une intervention secondaire. Il faudra donc opérer quand même le plus souvent, et l'on aura laissé à la femme le temps et l'occasion de mourir d'hémorragie.

δ Parce que les cas les plus désespérés eux-mêmes ont fourni de très nombreuses guérisons (80 0/0 et que d'ailleurs nous possédons actuellement dans les injections de sérum et d'eau salée des moyens adjuvants dont l'emploi ne pourra qu'améliorer les statistiques.

ε Parce que ces statistiques sont d'ores et déjà excellentes, et donnent à l'interventisn 60,6 0/0) de survie de plus que l'expectation.

Réfuter en partie ces 5 conditions, montrer ce qu'elles ont d'exagéré, voilà les arguments qui nous serviront à nous ranger dans le 3^e clan : celui des modérés, de ceux qui s'inspirent des circonstances.

α La rupture se termine-t-elle vraiment toujours par la mort ?

Pour Lawson Tait, l'enkystement est exceptionnel. Pour Cestan : les observations nouvelles montrent que la rupture est le plus souvent fatale et que chez une femme saine l'enkystement est rare.

Comment concilier cette opinion avec celle des classiques pour qui elle est la règle ?

Veit lui-même ne fait-il pas observer l'anomalie apparente entre le nombre considérable de grossesses tubaires rompues, causes de la très grande majorité des hématoécèles et le nombre relativement faible des morts immédiates ?

Et tout le monde est d'accord sur ce point, Cestan comme les classiques, que la rupture se fait le plus souvent chez des femmes à passé utérin. En effet, la condition même de la grossesse extra est le plus souvent une péritonite chronique antérieure (1), c'est-à-dire lésion du péritoine capable d'enkyster l'hémorragie.

Cette explication ne saurait que corroborer ce que la clinique nous apprend chaque jour, et ce que l'expérience a confirmé malgré la tendance actuelle des laparotomistes à prétendre l'enkystement rare. Leur proposition est d'ail-

(1) Hertzfeld. — *Wiener. M. Woch.*, 1892, 28. 31.

leurs conforme à leur manière de faire ; ils interviennent même avant que cet enkystement ait eu le temps de se produire (8 jours). Ils sont donc sincères dans leur affirmation puisqu'ils opèrent par principe. Mais quant à discuter le fond même de la question, « ils renoncent à répondre. »

Nous leur reconnaissons pleinement les mérites qu'ils ont eus en prouvant que l'hématocèle est la terminaison fréquente de la grossesse extra. Mais, quand ils viennent nous affirmer que la mort est fréquente, nous refusons d'y croire pour des raisons anatomiques que la clinique vient confirmer.

Survie et enkystement, voilà les deux termes seuls vrais (1), dans les ruptures des premiers mois. « Aux quatrième et cinquième mois, les conditions sont autres et ne sauraient nous regarder ici. »

Nous répéterons avec Condamin : les partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie prétendent que l'hémorragie n'a pas de tendance à s'arrêter : c'est faux.

β S'il est vrai que quelquefois la femme épargnée par une première attaque est exposée à succomber à une seconde, cette catégorie constitue un fort petit nombre de cas. Encore qu'on l'admette fréquente, Laroyenne à qui on reconnaîtra une réelle compétence en la matière, se refuse absolument à opérer de suite. « Les laparotomistes craignent que l'attente de meilleures conditions n'en fasse rencontrer de plus mauvaises, ou que les conditions locales elles-mêmes ne deviennent plus difficiles. »

Le chirurgien de Lyon, partant de ce principe, que sa longue pratique lui permet d'affirmer : que les hémorragies dans les premiers mois s'arrêtent spontanément,

(1) *Gaz. méd.*, Paris, mars, 1891. Voici d'ailleurs comment s'exprime Le Denfu : « Or, je prétends que la mort n'est point fatale à la suite des accidents en apparence si formidables qui marquent le début de l'hématocèle. »

attend pour opérer que l'épanchement se soit bien enkysté et que l'état général de la malade forcément très anémiée se soit remonté.

« Au bout de quelques jours les conditions opératoires seront tout autres. D'abord l'épanchement sanguin se sera *limité* par suite des adhérences qui se seront formées entre les anses intestinales, qui d'abord flottantes au-dessus de ce caillot colossal, se seront ensuite agglutinées entre elles. L'hémorragie s'est arrêtée d'elle-même, parce que d'abord des caillots sont venus oblitérer les vaisseaux déchirés en même temps que la trompe et ensuite parce qu'au bout d'un certain temps la pression abdominale, augmentée par la pression de l'épanchement, arrive à faire équilibre à la pression sanguine, qui, elle, au contraire, par le fait de l'hémorragie, a diminué (1). »

Cet arrêt spontané de l'hémorragie, surtout s'il s'agit de grossesse extra-utérine des premiers mois, est important à connaître : car c'est sur lui qu'est basée la thérapeutique rationnelle de l'affection.

Et Laroyenne est-il seul de son avis ? Nous verrons plus tard que nos lectures nous ont fait découvrir plusieurs chirurgiens français qui n'opèrent qu'avec opportunité.

7 La laparotomie primitive préviendrait les accidents : suppuration, fistules, compressions.

Mais la crainte de ces accidents secondaires, possibles il est vrai, mais non pas nécessaires ni toujours prouvés, compense-t-elle les dangers de la laparotomie primitive ? En effet :

« Pendant tout le temps où l'opérateur enlèvera les caillots, cherchera le point qui saigne, point toujours difficile à trouver, la malade perdra les dernières gouttes de sang qui l'empêchaient de tomber en syncope définitive. Sup-

(1) *Province médicale*, 1894, p. 514.

posons que le chirurgien ait été assez heureux, ou si l'on veut, assez habile pour faire rapidement l'hémostase, il lui faudra encore, s'il ne veut pas perdre sa malade par suite d'injection, faire une toilette soignée du péritoine, enlever les caillots souvent adhérents aux intestins et cela sur une malade dont le pouls est imperceptible. Ce n'est pas tout encore ; dans le plus grand nombre des cas, il sera obligé de drainer largement avec un Mickulicz qui sera en même temps hémostatique et alors toutes les appréhensions d'une éviscération ultérieure, tous les dangers d'une infection que l'on a cherché à éviter et qui n'en arrive pas moins, surtout sur une femme de moindre résistance, alors que souvent sans opération elle peut ne pas se produire.

Mais voici des objections :

« Même quand on attend, même quand le toucher constate des caillots dans le cul-de-sac, on ne peut compter sur l'enkystement (1).

« L'état général de la malade ne saurait être une contre-indication à la laparotomie primitive : Lisons une observation de Lawson-Tait où la malade était sans pouls, à 36°, sans réaction pupillaire et finit par guérir. — Lammiman a laparotomisé heureusement une femme en état de mort apparente.

La malade de Tuffier n'avait plus ni couleur, ni pouls, la température était 36°4 ; bien que l'état général fût celui d'une moribonde, la laparotomie pratiquée d'urgence sauva la malade d'une mort certaine (2).

Nous répondrons que ce sont là des cas heureux : rien de plus. Certains peuvent se permettre dans la pratique hospitalière des principes qui ne sauraient être de mise ailleurs.

(1) Cestan, p. 124.

(1) Cestan, p. 125.

Enfin nous trouvons qu'une laparotomie exige plus qu'un couteau et un fil à ligature. Ouvrir un ventre est bien : l'ouvrir après une indication bien précise est mieux.

Je veux pour l'hématocèle des indications nettes.

« Quelle est la valeur des injections de sérum et d'eau salée ? — C'est là une pratique inconnue en France ; elle mérite à notre avis quelque chose de plus qu'une mention. Au traitement médical, nous en avons dit un mot. Mais passons rapidement :

Ce n'est point là un argument en faveur de la laparotomie. Ce sont des procédés thérapeutiques qui sont aussi bien de mise quand on laparotomise ou non. Ils ne sauraient jamais être une indication.

« L'intervention donne 60 0/0 de survie de plus que l'expectation.

Nous n'aimons guère les statistiques. Les hasards de la clinique ôtent généralement toute valeur aux chiffres. Et chacun fait la série qu'il lui plaît.

Pour ne point être taxé de parti pris, nous ne saurions mieux faire que de reprendre les chiffres de Cestan qui se trouve beaucoup mieux documenté que nous, et de les analyser. — Mais avant :

A-t-il pris la statistique d'un chirurgien qui opère toujours, et celle d'un médecin qui n'opère jamais ? Non pas, mais seulement la statistique des cas qu'il a pu réunir.

Voilà, je pense, une cause entendue. Si quelques-uns des paragraphes pèchent par le manque d'arguments, du moins avons-nous voulu bien montrer que nous condamnions absolument l'intervention primitive faite par principe.

C). Il nous reste à discuter un troisième groupe de thérapeutes. J'ai nommé les opportunistes. Et, disons-le de suite, nous nous rangeons hardiment dans ce groupe. La précision du diagnostic, et l'opportunité du traitement, sont les seuls garants du succès dans la pratique.

Voici comment s'exprime Le Dentu :

« Il m'est difficile de vous dicter, à l'égard de l'opportunité de l'intervention en pareil cas, des lois absolues ; mais je vous dirai volontiers : en présence de toute hématocele à début rapide, s'annonçant par des symptômes très bruyants, ne vous effrayez pas outre mesure et attendez. Si 3 ou 4 heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment ; sinon, différez toute intervention, et attendez pour intervenir que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous forcent la main.

Nous avons exprimé plus haut l'opinion de Laroyenne. Veit, Ross, attendent que le choc se soit un peu dissipé. Second intervient quand l'hémorragie est menaçante.

Barnoum (1) conseille le traitement expectant. Pour Smolsky (2), la laparotomie ne doit être considérée comme obligatoire que si la malade inspire des craintes.

Byford (3), Maury, Wylie, Byrne, Lec (4), attendent comme Veit et Ross.

Indications. — Après rupture, quand et quels sont les cas qui relèvent du traitement chirurgical ? Dans les cas suraigus, nous interviendrons :

1° Jamais de parti pris. L'hématocèle ne réclame une intervention immédiate que lorsqu'elle est *avec évidence* le résultat d'une grossesse rompue, lorsque les vaisseaux placentaires sont béants. Mais le diagnostic ne peut toujours déterminer ces cas ; donc intervenez :

2° Quand l'hémorragie est abondante ; peut-être même en état de collapsus : le tout dépendant du tempérament du chirurgien dans ce cas. — Pas d'intervention si l'hématocèle est peu abondante, sans anémie aiguë.

(1) In *Nouv. Arch. obstétrique*, 1890, p. 239.

(2) *Idem.*, p. 651.

(3) *Am. F. J. Obst.*, 1892.

(4) *Soc. obs. New-York*, 1888.

3° Pour les hématoécèles qui mettent plus ou moins directement la vie de la femme en danger. Ce sont alors des hémorragies intra-péritonéales pour lesquelles aujourd'hui les chirurgiens ne sauraient refuser le bénéfice d'une intervention.

Dans ce cadre rentrent les cas : *a*, où l'hémorragie n'a pas de tendance à s'arrêter. Intervenez dès que les forces de la malade disparaissent, que le pouls devient petit et imperceptible ; *b*, où l'hématoécèle est cataclysmique secondaire ; *c*, où l'expectation armée est de mise et qui peut durer 5 à 8 jours, c'est-à-dire si deux poussées successives mettent en danger la vie de la malade, si l'hématoécèle augmente les jours suivants par des hémorragies successives.

4° Quand il existe des phénomènes de péritonite aiguë et qui résistent à toute médication, c'est-à-dire si l'hématoécèle est le point de départ de douleurs violentes ; si la fièvre, les frissons font craindre que la suppuration s'empare d'emblée de la masse.

De la voie à suivre dans les cas suraigus. — Condamin prétend que *dans tous les cas*, l'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal avec ou sans ablation des annexes malades. La voie abdominale doit être rejetée dans la généralité des cas comme plus grave, moins efficace, entraînant un traitement prolongé avec menaces multiples pour le présent et pour l'avenir.

Nous nous refusons absolument à admettre cette proposition. A des cas déterminés, une intervention déterminée.

Il faut bien le dire, dans ces cas cataclysmiques ou subaigus, il ne faut jamais choisir le vagin. Nous verrons en effet plus loin que la contre-indication de la voie vaginale est la continuation de l'hémorragie.

Voilà la raison de quelques mécomptes que la voie vaginale a à enregistrer à son passif :

Cas de Grandin : Une femme chez laquelle on diagnostique grossesse tubaire droite, est soumise à l'électricité ; rupture avec signes d'hémorragie. On fait une incision vaginale et l'on parvient avec beaucoup de peine à mettre un terme à l'hémorragie par un tamponnement très serré. Une deuxième intervention fut d'ailleurs nécessaire.

Cas de l'hôpital Cochin : Une femme entre vers 10 heures du soir, avec des signes de rupture. Le chirurgien de garde du bureau central, appelé d'urgence, fait une incision dans le cul-de-sac postérieur, mais ne peut maîtriser l'hémorragie et la femme meurt sur la table d'opération.

« Seule, la laparotomie permet d'intervenir vite et droit sur le point qui saigne, de reconnaître le côté lésé, au doigt et à l'œil et de pincer le ligament large ; enfin de faire un nettoyage complet de la cavité abdominale, d'enlever les débris de la poche, les débris fœtaux, les caillots.

La question de point de vue personnel, j'entends la crainte de voir la malade mourir au cours de la laparotomie, même secondairé, et encourir les reproches plus ou moins justifiés de l'entourage, ne saurait entrer en ligne de compte. Vous n'avez qu'une chance de sauver la malade, et vous devez la tenter. Si, autrefois, la crainte du péritoine pouvait être une défense tacite, aujourd'hui, avec du sang-froid, du savoir et de l'habileté, il faut savoir oser pour le grand bien de la malade. Vos indications sont bien précises, faites donc tout votre devoir.

Donc quand l'hématocèle n'est pas enkystée, qu'elle rentre dans les indications précitées, c'est-à-dire quand l'hémorragie peut se reproduire ou se reproduit, faites la laparotomie.

Le manuel opératoire en sera décrit plus loin.

CAS CHRONIQUES APRES ENKYSTEMENT

Ici on discute moins sur le moment à choisir que sur la voie qu'il convient d'employer.

Cependant une question doit néanmoins se poser : faut-il toujours opérer ?

Si nous n'avions crainte des redites, nous pourrions, comme après la rupture, distinguer trois groupes de praticiens :

a) Les abstentionnistes envers et contre tous, jugeant que l'hématocèle n'est qu'une affection médicale.

« La guérison est la règle, surtout si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical, » a écrit Poncet ».

b) Les interventionnistes par laparotomie voulant débarrasser complètement la malade de ses reliquats d'hémorragie, ou par l'incision du cul-de-sac postérieur, estimant toujours cette incision suffisante (Laroyenne).

c) Les modérés, qui opèrent si l'épanchement s'éternise, suppure ou comprime. Nous pensons, en effet, qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir *toujours*. « Tant de malades porteuses d'une tumeur rétro-utérine, étiquetée hématocèle, guérissent par le seul fait du repos et du temps ».

Mais nous ne saurions partager l'avis des premier et deuxième groupes.

Etes-vous abstentionniste ? Vous conviendrez bien qu'il faut intervenir *quelquefois*.

Certains épanchements très volumineux peuvent être très longs à disparaître et la malade être condamnée au lit pendant bien des mois (d'avril 1874 à janvier 1875 : observation Besnier) ; — ils peuvent déterminer des compressions fâcheuses ou même mortelles ; — ils peuvent s'infecter et la femme succomber aux accidents infectieux aigus, à la cachexie. Donc il faut intervenir ; par quelles voies ?

Il existe plusieurs méthodes opératoires, qu'on nous permettra d'examiner et d'indiquer rapidement : après seulement, nous ferons choix entre ces méthodes.

MÉTHODES OPÉRATOIRES. — D'une façon générale quelles sont les méthodes opératoires que nous avons à notre disposition ?

2 moyens : La ponction.

L'incision.

3 voies : Le rectum.

Le vagin.

L'abdomen (voie transpéritonéale)

(voie sous-péritonéale).

La ponction a vécu ; c'est un procédé ancien, préconisé il y a une trentaine d'années par Récamier, Velpeau, Nélaton, Denonvillers, Billroth, Bœckel. Abandonnée par suite d'un certain nombre de complications qui suivirent son emploi ; préconisée à nouveau avec la méthode antiseptique, elle nous semble ne devoir jamais être une méthode de thérapeutique dans l'hématocèle (1), malgré les succès que quelques-uns ont cru ces temps derniers encore lui reconnaître (2).

Elle est, en effet, insuffisante et dangereuse. Insuffisante, parce que le plus souvent l'aiguille ne saurait donner passage aux caillots ; dangereuse parce que le drainage

(1) Elle ne nous semble permise que pour affirmer un diagnostic sur la nature d'une collection liquide circum-utérine. — Mendès (*Nouv. Arch. obst.*, p. 239, 1890) a traité 3 hématocèles par la ponction et la considère comme dangereuse. Meij est de l'avis contraire.

(2) Hervot (*Thèse Paris, 1887. Fonction aseptique*) a reconnu lui-même qu'elle ne saurait convenir à l'hématocèle qui se trouve dans d'autres conditions que les suppurations périmétritiques. Autrefois condamnée par infection primitive ou secondaire ascendante, elle l'est encore, même pratiquée aseptiquement : tirer quelques cuillerées de sang est très dangereux : le vide fait dans la poche provoque à coup sûr une nouvelle hémorragie (p. 25) *ex vacuo*, et la tumeur 24 heures après la ponction peut remonter jusqu'au voisinage de l'ombilic.

étant presque nul, le contenu de la poche peut se transformer en un clapier septique.

Bien qu'une hématocele anté-utérine puisse se vider, elle aussi, sinon directement dans le rectum, tout au moins dans une anse intestinale; la ponction de la poche par le rectum, abandonnée pour les hématoceles rétro-utérines, malgré Byford (1), est impraticable, et dangereuse pour les hématoceles anté-utérines. — Donc quels que soient les cas, la ponction doit être absolument repoussée de la thérapeutique des hématoceles.

Reste l'incision par le vagin ou par l'abdomen.

Par le vagin 2 procédés : Laroyenne.

Routier.

Par l'abdomen 2 voies : sous-péritonéale (Pozzi).
transpéritonéale.

Nous avons donc à décrire ces diverses méthodes.

Procédé Laroyenne. — Le procédé opératoire de Laroyenne (2) consiste à *ponctionner* la poche hématique avec un trocart spécial, à la *débrider* largement et transversalement avec un métrotome, débridement qui permet d'enlever les caillots, soit avec une cuiller qui passe aisément par l'incision, soit avec des éponges montées comme dans la toilette péritonéale, et d'assurer l'hémostase par une *éponge laissée à cheval* sur la plaie.

Or, quels sont les reproches adressés en général à cette méthode ?

(1) Byford. — *Am. J. of obst.*, nov. 1886.

(2) Ce n'est en somme que sa méthode générale du débridement vaginale des collections pelviennes. On la trouve exposée dans le *Lyon Médical* 1886; *Thèse* Edmond Blanc, Lyon, 1887; *Congrès français de chirurgie de 1889*, par Gouillaud; *Province médicale* de 1891. par Vallas; Boileux, monographie que l'auteur a eu l'amabilité de nous envoyer; *Archives tocologie*, 1891, par Gouillaud; *Thèse* de Oui, Lyon, 1894; *Archives obstétrique*, 1894, par Mangin.

1. On s'expose à ouvrir le péritoine.

2. A blesser l'uretère, accident toujours terrible dans ses conséquences.

3. A blesser les artères, d'où hémorragie qui là est toujours inquiétante, parce qu'elle a lieu au fond d'un trou où ni l'œil, ni le doigt, ne peuvent aisément pénétrer.

4. L'opération est laborieuse toujours par avance, et surtout pendant, quand on ne sait pas au juste où se trouve le foyer purulent.

Nous ne saurions accepter tous ces reproches, dit Laroyenne ; car nous obtenons :

« L'accès direct dans le foyer par un trocart à courbure pelvienne et à canule directrice, c'est-à-dire le trocart sonde ; — le débridement avec un instrument mousse au moins pendant son introduction, le métrotome de Simpson, qu'on introduit aisément le long de la cannelure directrice de la sonde ; — une hémostase spéciale, l'hémostase par une éponge à cheval sur la brèche du foyer pour suppléer à l'hémostase par ligature impraticable ici ou à l'hémostase par pincement très difficile aussi... »

Mais sont-ce les seules critiques adressées à la méthode ? non :

5. Cette méthode ne fait qu'ouvrir sans enlever tout le mal ; elle laisse des organes infectés qu'on aurait énucléés par la laparotomie. Mais il est absolument reconnu (1) aujourd'hui que la guérison est possible alors que les annexes n'ont pas été totalement enlevées. Pour l'hématocèle, nous savons que le plus souvent tout se résorbe. Vous devez enlever la trompe (2) malade pour éviter la récurrence d'une grossesse tubaire ? mais cette récurrence est rare.

(1) Pozzi, *Gaz. hebdomadaire*, 1891.

(2) Comme le pratique actuellement Richelot, in *Thèse de Morigny*, Paris, 1891.

6. On récuse à la voie vaginale la possibilité de permettre l'incision de plusieurs collections superposées ou juxtaposées.

7. On lui reproche la persistance des fistules ; mais elles sont moins rares qu'on veut le dire.

Voyons les *avantages* ?

a) La moindre mortalité par la voie vaginale est indéniable. Blanc, dans sa thèse, donne 27 débridements avec 27 guérisons. Guillaud, sur 60 cas, ne relate pas un décès.

b) Le drainage est plus facile.

c) On opère sans léser le péritoine.

Donc avantages indéniables par cette voie pour des cas déterminés.

L'instrumentation de Laroyenne est-elle indispensable ? Nous ne le pensons pas. Son *modus faciendi* nous semble critiquable en quelques points (1).

Comment guider dans le vagin, où déjà on voit à peine clair, où on opère à l'étroit dans le petit bassin, au milieu des artères utérines ou vaginales que l'on sent souvent battre au doigt, un instrument qui opère à l'aveugle ?

Il ne saurait être employé que pour ponctionner le cul-de-sac postérieur, nous dit son auteur, soit au centre, derrière le col utérin, soit sur le côté de ce cul-de-sac : jamais dans le cul-de-sac latéral, ni dans le cul-de-sac antérieur (pour éviter vessie et utérus).

Dangereux pour les collections rétro-utérines ; il est inutilisable pour les collections anté-utérines. Voilà qui est entendu.

Que dire du métrotome ?

(1) Qu'on veuille bien *a priori* excuser cette longue étude. Elle semble nécessaire par nos conclusions.

Il est destiné à mesurer l'écartement à donner à l'incision. Pour les hématoécèles, on doit pouvoir passer librement une cuiller pour enlever les caillots. On peut aller à 8 cent. d'incision transversale sans s'exposer à une hémorragie par lésion d'une des branches de l'hypogastrique, de l'hémorrhoidale moyenne.

Mais les vagins et les tumeurs n'ont rien de commun en fait de mesure. Là où 6 cent. suffisent chez une femme à vagin ample et à tumeur bombante, 3 cent. sauraient suffire chez une autre.

Et puis dans les 8 cent., même 9 cent., à ne jamais dépasser, ne courez-vous pas le risque de blesser les ligaments utéro-sacrés ?

Par l'incision circonférentielle précédant l'hystérectomie selon la méthode de Péan, ou l'incision transversale du cul-de-sac postérieur selon la méthode de Martin, la section des ligaments utéro-sacrés est inévitable. Or, ceux-ci sont la base de soutien de l'utérus. Il semble qu'on doit les respecter.

On ne saurait les léser peut-être, car l'utérus, dans les hématoécèles, est toujours remonté ou déplacé. Nous admettons la chose par la simple *incision*, mais doutons qu'il puisse en être autrement s'il s'agit du métrotome.

Boisleux semble exagérer quand, à propos de la simple incision, il nous dit (1) : jamais d'incision circulaire, rarement une incision transversale, le plus souvent une incision longitudinale en prenant un point de repère (2) afin d'éviter les ligaments utéro-sacrés.

(1) M. Vautrin a déjà fait bien des fois l'*incision* transversale entre les ligaments utéro-sacrés ; la solution de continuité est assez large. Elle permet d'effondrer le cul-de-sac de Douglas sur une largeur de 3 à 4 cent., qui est bien suffisante dans tous les cas.

(2) Les parois du vagin étant écartés on attire fortement en haut la lèvre postérieure du col ; on fait ainsi saillir les deux ligaments utéro-sacrés que l'on suit de l'œil et du doigt jusqu'à leur attache au col. On incise alors verticalement

Admettons-nous mieux cette pratique de drainer, ou avec des éponges ou avec de la gaze iodoformée? Théoriquement, l'éponge ou drainage capillaire n'assure pas suffisamment l'écoulement du sang ou du pus, si l'hématocèle est déjà en voie de suppuration (1).

Si le Mickulicz (vrai drainage capillaire) appliqué par la voie abdominale peut donner d'excellents résultats, par la voie vaginale (2) nous le croyons non impraticable mais parfois dangereux.

Dans le pelvis, le drainage capillaire ne facilite pas suffisamment l'écoulement du pus. Il peut y avoir rétention de la poche purulente qui se refermant, l'abcès se reproduit, d'où un nouveau danger pour la malade (3).

Nous admettons cependant la possibilité de mettre une lanière de gaze ; mais elle ne saurait rester plus de 48 heures en place. D'ailleurs, la température est le meilleur indice de ce qui se passe.

Nous avons cru donner ce manuel non praticable à l'hématocèle anté ; mais supposons une hématocèle totale, ce sera certainement par la voie du Douglas qu'on l'atteindra comme plus facile.

Nous avons examiné plus haut, les avantages de la laparotomie sur l'élytrotomie dans les cas suraigus.

au milieu de la dépression qu'ils limitent, en commençant immédiatement au-dessous de la bride transversale formée par leur insertion sur le col, c'est-à-dire à un centimètre environ pour aboutir à 4, 5 ou 6 centimètres plus haut (Boisleux).

Byford faisait l'incision verticale. Bouilly l'a employée également, Routier également. Delbet, Picqué lui reprochent de donner moins de facilité que les précédentes pour agir sur les parties latérales du bassin.

(1) Nous savons qu'elle n'est employée à Lyon que comme moyen hémotatique.

(2) Pozzi lui-même, qui a introduit en France le drain genre Mickulicz, réserve le drain en croix pour la voie vaginale (*Soc. chir.*, Paris. 1888).

(3) Boisleux. — *Pelvi-péritonite. Son traitement.*

Ici nous reconnaitrons les avantages de l'élytrotomie sur la laparotomie dans les cas chroniques et subaigus.

Procédé de Routier. (1). — Ce procédé n'est en somme que l'incision faite suivant le plus grand axe de la tumeur, soit couche par couche, soit par ponction.

On ne sait que faire vraiment de l'instrumentation du chirurgien de Lyon qui complique à plaisir une opération dans laquelle il suffit d'écarteurs et d'un bistouri.

Il importe seulement que l'incision *soit assez grande* pour permettre une facile exploration digitale de la cavité que l'on va ouvrir ; il faut, qu'outre le doigt, une canule à lavage puisse passer en même temps par la plaie afin que le liquide injecté trouve une porte de sortie facile.

Il faut encore *drainer la cavité*, soit avec des tubes en caoutchouc, soit avec des mèches de gaze iodoformée.

« L'incision vaginale, le lavage et le drainage consti-
« tuent en somme une intervention chirurgicale facile,
rapide, bénigne. »

Manuel opératoire général. — Les préparatifs de la malade sont d'ailleurs connus de chacun : 2, 3, 4 jours d'avance, antisepsie soignée du vagin. La veille, un purgatif. La veille au soir et le matin de l'opération, un lavement. La malade doit avoir uriné avant l'opération.

Faut-il chloroformer ? La chose nous semble préférable. Pendant ce temps :

1° Savonnage de la vulve ; rasage des poils du pubis ; lavage au sublimé. Des compresses aseptiques protègent les environs du champ opératoire.

2° Injection vaginale au sublimé. Au besoin, deux doigts montés sur une compresse parachèvent la toilette du vagin.

(1) *Annales de gynécologie*, janvier 1890. — *Semaine médicale*, 1892.

La malade est mise dans la position de la taille. On introduit deux valves : l'une à droite, l'autre à gauche. Le col est saisi dans sa totalité si l'on veut par des pinces à deux mors. On peut voir à ce mouvement du mucus sortir du col. Le recueillir pour l'examiner ensuite, en tant que caduque.

Faut-il cureter l'utérus ? Non.

Que le Douglas proémine ou non, une incision est faite au bistouri ou au thermo. Incision transversale ou incision antéro-postérieure ? J'avoue que je ne veux me passionner ni pour l'une ni pour l'autre. J'ai indiqué plus haut les avantages et le manuel de l'antéro-postérieure. Ici, je pourrais indiquer la transversale qui me paraît sans danger ; j'entends celle qui cerne la moitié postérieure du col. Une fois faite, on retire les 2 valves latérales. Le chirurgien porte en haut la pince tenant le col et de son index décolle le Douglas (procédé Vautrin). On peut, au besoin, garder les 2 valves, mais elles gênent le plus souvent les manœuvres de décollement, qui cependant peut se faire en mettant une pince plate à demeure sur la lèvre postérieure de l'incision et en décollant proprement de l'œil et du doigt : avantages de l'hémostase progressive, qui ne nous paraît pas bien nécessaire.

Le doigt tombe dans le Douglas. On enlève progressivement les caillots que l'on devra recueillir et examiner après lavage. Au besoin, une cuiller à entremets est introduite dans la plaie. Elle devra être maniée avec une certaine prudence et ne jamais remonter trop haut : on risquerait de crever le plafond néo-membraneux de la poche et d'inoculer la grande cavité péritonéale. Et d'ailleurs, une main pressant par la paroi abdominale exprimera le plus souvent le plastron que l'on sentait remonter jusqu'à l'ombilic.

Nous ne saurions trop insister sur ce point, il est inutile

de tout enlever, et inutile aussi de provoquer une hémorragie secondaire.

Cela fait, une injection chaude à 40°, 45° d'eau distillée est faite dans la cavité sous très faible pression. Routier emploie de l'eau naphtolée, M. le professeur Vautrin, du sublimé. Selon qu'il y aura eu hémorragie secondaire ou que l'on se sera contenté de retirer les caillots sans accidents, on drainera à la gaze ou on mettra seulement comme dans les suppurations pelviennes 2 drains juxtaposés sans qu'il soit besoin de les fixer aux lèvres de la plaie ou encore un drain en croix. Pour garder une asepsie suffisante du vagin, on pourra appliquer sur l'orifice du drain un ou deux tampons de gaze iodoformée suivant la capacité du vagin (1) ou encore faire affleurer à l'extérieur le drain pour faciliter les lavages consécutifs.

Un bandage compressif de corps est mis à la malade. Avant de la reporter au lit, il sera bon d'attendre quelques instants afin de voir s'il n'existe pas de suintement, en ce cas, attendre et comprimer en mettant une main sur l'abdomen. Enfin, pour éviter les vomissements post-chloroformiques, une demi-seringue de morphine ou d'atropomorphine sera donnée au moment du réveil.

Soins consécutifs. — Si on a été obligé de drainer à la gaze, la retirer 48 heures après, lentement et progressivement. « Il est surprenant combien rapidement ces vastes poches se rétractent par le fait de la pression abdominale. Aussi suffit-il de substituer un drain tube qui servira à assurer l'écoulement de la poche.

Que le drainage aux tubes ait été primitif ou secondaire, chaque jour la poche doit être lavée. Et à aucun moment,

(1) Excellent moyen pour soutenir les tubes et pour avoir une antisepsie rigoureuse du vagin : ce qui évite ainsi l'infection ascendante.

la température ne doit être inquiétante. Tout doit se passer dans l'apyrexie la plus absolue (1).

Et cela s'explique, la vulnérabilité (2) du péritoine n'est pas la même dans tous les points.

Tel est le manuel opératoire à employer pour les hématoécèles rétro-utérines, et les hématoécèles totales, qui, bombant surtout dans le cul-de-sac postérieur ne sont, au point de vue de la thérapeutique qu'une variété rétro-utérine.

Tout naturellement, nous aurions ici à décrire le manuel qui convient aux hématoécèles anté-utérines par la voie vaginale : nous préférons cependant en reporter la description un peu plus loin.

Le traitement par la voie abdominale comprend deux procédés différents : la laparotomie proprement dite et la voie sous-péritonéale.

Laparotomie. — Nous n'avons que peu de chose à dire ici. C'est une laparotomie dans des conditions un peu spéciales.

Nous avons reconnu la laparotomie bien rarement, mais cependant parfois indiquée dans les hématoécèles à marche foudroyante ou de date récente et dépendant d'une grossesse tubaire. Dans ce cas quelques précautions sont à prendre. Ce n'est pas que nous attachions une bien grande valeur aux moyens préopératoires : injections sous-cutanées de strychnine, nitroglycérine, ergotine, ou lavements salés abondants... que Cestan recommande d'après la pratique étrangère et comme capables de relever l'état général de la malade et de lui donner plus de résistance. Le principal est d'aller immédiatement à la

(1) Les 2 malades de M. Vautrin ainsi traitées, n'ont jamais dépassé 37°4.

(2) *Pathogénie des péritonites, Sem. médicale*, 1894.

recherche du foyer hémorragique, pincer et lier les vaisseaux qui donnent, car la vie de la malade est subordonnée à la rapidité de l'hémostase. « Le péritoine ouvert, on doit immédiatement plonger la main vers les annexes soupçonnées et pincer le ligament large correspondant entre deux clamps, placés l'un au ras de l'utérus, l'autre sur le ligament infundibulopelvien. » La vraie méthode, nous dit L. Tait, est de détacher rapidement les adhérences sans s'inquiéter du sang, puis de courir sus à l'hémorragie. Maître enfin de la situation, on fera seulement après et avec calme, la toilette du péritoine. Enlevez toujours le placenta (1).

Extirpez le plus complètement possible le kyste fœtal, enlevez minutieusement les caillots (sans compter par trop sur le pouvoir résorbant du péritoine (Schwartz) , et faites le Mickulicz. Si vous n'êtes pas maître de l'hémorragie, bourrez la poche (Boisleux, Meyer (2).

Mais le plus souvent, au contraire, on laparotomise pour une hématocele de date plus ancienne. Il y a enkystement. Dans ce cas, s'il est possible, il faut fixer la poche à la paroi, la vider, la tamponner et la drainer. Nous avons vu que quelquefois la poche n'est que virtuelle, ses parois étant constituées seulement par l'agglutination des parties voisines. Dans ce cas : évacuez la poche, lavez-la et abandonnez-la dans l'abdomen. C'est dans ce cas qu'un Mickulicz est tout à fait indiqué, et complété souvent par

(1) Pour Boisleux, il n'y a aucun inconvénient à laisser le placenta dans l'abdomen après avoir fait la suture du sac parce que l'on sait que le placenta se résorbe. Schröder cite un cas où le placenta laissé en place dans une première laparotomie pour grossesse tubaire, fut trouvé résorbé dans une seconde laparotomie faite sur la même femme pour hernie abdominale.

(2) Le Bec, in *Glinique Fr.*, juillet 1891, a signalé un fait où l'hémorragie était tellement profuse qu'on ne put arrêter le sang par les ligatures. La malade a succombé pendant l'opération malgré la compression de l'aorte, et tout le secours qu'on put lui donner fut inutile. — D'autre part, Léopold a eu un succès en tamponnant.

quelques-uns, par le drainage vaginal du Douglas qu'on effondre soit par la plaie abdominale, soit par le cul-de-sac postérieur après désinfection soignée du vagin. Malgré Reynier, Luc. Championnière, nous sommes de l'avis de ceux qui drainent (Quenu, Tuffier, Schwartz). — Et le drainage, nous le savons par expérience, est aussi bien possible et aussi facile à faire en avant qu'en arrière de l'utérus.

Laparotomie sous-péritonéale. — La méthode sous-péritonéale consiste à aborder la tumeur sans traverser la grande cavité sous-péritonéale.

Hégard et après lui, Pozzi, conseillent de faire à 1 cent. au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 cent., analogue à l'incision classique pour la ligature de l'éliaque externe. Après avoir incisé couche par couche jusqu'au fascia transversalis, on effondre celui-ci en dedans de la gaine des vaisseaux qu'on évite en se portant vers le ligament de Gimbernat et la ceinture osseuse. Puis l'on décolle le péritoine en s'aidant de grands écarteurs ou mieux des écarteurs de Collin, munis à leur extrémité d'une courbure destinée à ménager le péritoine et à faire office de miroir.

Quand on se croit arrivé sur la paroi de la poche, il est bon avant de la ponctionner, de pratiquer le toucher à la fois par le vagin et par la plaie, après avoir vidé la vessie. La ponction, une fois son ouverture agrandie, doit être suivie de lavage et de drainage soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit des deux côtés à la fois. Deux doigts de la main gauche étant introduits dans le vagin pour servir de guides, on conduit de haut en bas, à travers le cul-de-sac vaginal avec la pince de Wolfer, la grande branche d'un drain en T ; puis l'on tasse par-dessus, jusqu'à l'incision supérieure, une longue mèche de gaze iodo-

formée, qui est remplacée tous les deux ou trois jours et diminuée peu à peu.

Pour Segond, cette voie est moins commode que la vaginale.

Pozzi restreint ce procédé aux cas assez rares où la tumeur, volumineuse, vient faire saillie dans la fosse iliaque et appelle pour ainsi dire le bistouri de ce côté.

Cependant nous avons, dans l'intérêt de la malade, à choisir la voie la moins grave. Il semble cependant qu'à l'indication précédente de Pozzi, on doive ajouter les cas d'hématocèles supra-utérines, c'est-à-dire qui sont anté-utérines, haut situées et qui ne donnent souvent rien au doigt, même enkystées.

Nous avons vu cette voie employée plusieurs fois et par M. Heydenreich et par M. Vautrin, dans les suppurations du ligament large; elle est donc applicable et doit être comparativement moins périlleuse que la voie transpéritonéale généralisée après Pozzi, Terrillon, Segond (1).

Nous sommes heureux d'ailleurs de citer ici l'observation de M. Vautrin où la méthode sous-péritonéale fut employée pour un hématocèle.

Hématocèle anté et supra-utérine

Laparotomie sous-péritonéale (Remiremont)

Je suis appelé dans le courant de l'année 1892, à donner des soins à une jeune femme de 25 ans, mariée, sans enfants, d'une bonne santé antérieure, qui trois semaines auparavant, au moment de ses règles, avait été prise de douleurs violentes dans le bas ventre. Elle avait dû garder le lit et mander un médecin qui avait constaté un épanchement sanguin abondant dans le péritoine. Le premier danger

(1) *Ann. de Gyn.* : Leçon de Segond, à la Charité, 1887.

passé, la malade avait été condamnée à un repos complet, mais les souffrances continuaient, l'appétit était nul et la faiblesse extrême.

Au moment où je vis cette malade, anémiée, faible et prostrée, je constatai au palper, une tuméfaction s'étendant jusqu'à mi-distance du pubis et de l'ombilic, à droite, gagnant l'arcade de Fallope, à gauche s'étendant jusque vers la fosse iliaque. Au toucher, l'utérus avait une position à peu près fixe, en légère rétroversion ; les culs-de-sac étaient distendus, principalement le cul-de-sac antérieur.

Le diagnostic fut : hématocele totale sans suppuration, autant que l'on pouvait en juger par l'absence de fièvre vive et de douleur appréciable au toucher.

Séance tenante, je proposai l'intervention qui fut acceptée. Je renonçai à l'incision vaginale qui n'aurait pas évacué la collection en entier, et je fis une incision parallèle à l'arcade de Fallope, du côté gauche. Les parties molles furent sectionnées, le péritoine décollé en dedans des vaisseaux. Lorsque par cette laparotomie, j'arrivai sous la collection, j'incisai le péritoine et donnai issue à une quantité d'un liquide noir sans caillots (environ un litre). Je laissai un drain dans la poche, et par ce drain je pratiquai une irrigation antiseptique abondante. Le pansement fut continué chaque jour, ainsi que les lavages. Les suites furent excellentes, puisque au bout d'un mois, la malade se levait et pouvait vaquer à ses occupations. La santé est restée bonne depuis ce moment.

Voici donc exposées les méthodes opératoires applicables à l'hématocele. Mais c'est moins de l'hématocele classique que de l'hématocele anté-utérine que vous avez ici en vue dans la description de ces procédés ?

Nous croyons avoir évité ce reproche en disant que l'hématocele anté-utérine, pas plus que l'hématocele rétro-utérine, ne saurait se réclamer d'une seule voie pour être traitée. Et je m'explique :

Pour l'hématocele totale, ayez recours à l'élytrotomie inter-ligamentaire, parce que c'est là qu'est son point déclive.

Pour l'hématocele supra-utérine, à la méthode de Pozzi.

Pour les hématoécèles volumineuses, avant tout enkystement à la laparotomie.

Pour l'hématoécèle anté-utérine, à l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

Mais cette ouverture en avant du col, ce débridement d'une collection anté-utérine est-il possible ? Nous l'affirmons, parce que nous le voyons une fois employé par Laroyenne (1), parce que M. Vautrin l'a une fois utilisé dans le cas suivant et dont il a eu l'amabilité de nous remettre l'observation :

Périmétrite antérieure

Ouverture par le cul-de-sac vésico-utérin.

29 janvier 1894, Hôpital de Remiremont. — Femme cachectique, œdème des jambes ; pouls irrégulier ; septicémie chronique. Cette malade était atteinte de suppuration puerpérale ouverte à l'ombilic. Il s'en écoulait un pus abondant et fétide. — Laparotomie et ouverture d'une poche située en arrière de la paroi, descendant jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin et s'étendant latéralement dans les fosses iliaques.

Je décolle alors la vessie de l'utérus (élytrotomie antérieure). Drainage abdomino-vaginal.

Mort après 12 jours de cachexie.

Quel est dans ces cas le manuel opératoire de l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, ou *Elytrotomie antérieure*.

L'incision du cul-de-sac vésico-utérin est peut-être un peu plus délicate mais est possible. Il n'existe qu'une seule difficulté, le décollement de la vessie qui ici doit être fait à l'œil, au bistouri et au doigt.

(1) Observation de Gouilloud, *Arch. de Tocol.*, 1891. — Les observ. 817 et 818 de Delbet, p. 599 sont encore deux exemples rares de suppuration antérieure où le drainage fut fait de haut en bas.

Mêmes préparatifs que ceux indiqués plus haut. Une sonde, au besoin rigide, est introduite dans la vessie ; le col saisi est attiré en bas ; le cul-de-sac est incisé dans la moitié de sa circonférence supérieure ; une pince plate saisit la lèvre supérieure de l'incision, elle indique la limite de la vessie et attire en quelque sorte la paroi inférieure de l'organe de sorte que le doigt en décollant a un guide sûr et certain : on s'inquiète peu de ce que devient la lèvre de la plaie qui est ainsi fixée et qui ne peut de la sorte être refoulée à chaque mouvement.

Cette opération n'est en quelque sorte que l'un des temps de l'hystérectomie vaginale. Le col étant abaissé, on aura surtout soin de passer à quelque distance au-dessous de la vessie, en se guidant pour plus de sûreté, nous le répétons, sur une sonde introduite dans le réservoir.

Pour éviter tout accident, il faut cerner de près le col. C'est surtout quand la cloison vésico-vaginale est infiltrée comme ici, qu'il faut prendre garde d'ouvrir la vessie.

Aussi est-il sage de ne jamais procéder au décollement que sous le contrôle de la vue, avec les doigts ou des instruments mousses.

Sur les côtés, il est permis d'infléchir un peu l'incision pour éviter l'artère utérine.

Dans le décollement, il peut arriver qu'un bourrelet des tissus décollés se forme et marque la ligne de clivage : on le retire avec une valve.

Dans l'hystérectomie, il arrive que le cul-de-sac péritonéal soit difficile à atteindre. Il ne semble pas que l'on doive ici rencontrer la même difficulté (1) : pourvu que l'on suive la face antérieure de l'utérus, on arrivera toujours sur la masse des caillots.

(1) Le cul-de-sac péritonéal maintenu par la collection, ne fuit pas devant le doigt comme dans l'hystérectomie.

Comme accidents possibles, nous ne voyons guère que les lésions de la vessie ou des uretères.

Si la perforation de la vessie avait lieu, on en fera immédiatement la suture en s'aidant d'une couronne de pinces à forci-pressure placée sur ses bords, et on appliquerait pendant plusieurs jours, une sonde à demeure. Si la réunion échouait, on traiterait ultérieurement la fistule persistante.

Je ne m'explique guère la possibilité d'une section d'un uretère, à moins de maladresse inexplicable.

Quant à l'hémorragie secondaire, nous avons vu pour l'élytrotomie postérieure, les moyens de l'éviter et d'y remédier.

Indications du traitement chirurgical.— Mais pour éviter des redites inutiles, posons d'abord, quelle que soit la voie à suivre, les indications du traitement chirurgical dans les hématoécèles chroniques et subaiguës :

Nous avons vu que certains cas chroniques relèvent du seul traitement médical. Quels sont ceux qui relèvent du traitement chirurgical ?

1° Il faut intervenir dans tout épanchement chronique et *quel que soit son volume quand* : *a)* il *s'éternise*, c'est-à-dire quand la résorption ne se fait pas ; *b)*, il *suppure*, avec ou sans poussées de pelvi-péritonite ; *c)*, il *comprime* ;

2° Si la *tumeur est volumineuse*, quand bien même elle évoluerait normalement ;

3° Par principe, si l'on veut dans toute tumeur, surtout de volume moyen :

a) Parce que l'hématoécèle a un pronostic secondaire grave (1).

(1) Bon nombre de pelvi-péritonites et d'abcès pelvins qu'on voit en consultations, sont la suite d'une hémorragie. — Byrne. — *Ann. gyn.* 1889, p. 45.

b) Parce que la guérison est plus rapide en enlevant les exsudats.

c) Parce qu'on assure ainsi un diagnostic qui peut être erroné, et pour le grand bien de la malade ;

4° Si on a lieu de penser à des lésions sérieuses des trompes et des ovaires (Mangin, *Arch. Obst.*, 1892).

Des indications de la voie à suivre dans les cas chroniques. — Nous avons vu qu'il fallait intervenir ; nous avons étudié les méthodes opératoires, il reste maintenant à faire choix de la voie à suivre. Avec les modérés, nous interviendrons, mais non pas par une seule voie et au détriment de l'autre comme le font les interventionnistes.

« Toujours laparotomie, dit L. Tait ; toujours élytrotomie, dit Laroyenne. »

Ce qu'il faut dire, c'est que certains cas relèvent de la voie abdominale et d'autres exclusivement de la voie vaginale.

Poser les indications précises de chacune d'elles : voilà par où nous terminerons.

Pratiquement, les tumeurs pelviennes se classent en 4 catégories :

1° Tumeurs énormes, évidentes, faisant corps pour ainsi dire avec la paroi abdominale ;

2° Tumeurs volumineuses, occupant une grande partie de la cavité abdominale mais ne faisant pas corps avec la paroi ;

3° Tumeurs peu ou pas accessibles par la paroi abdominale mais très accessibles par le vagin ;

4° Tumeurs non accessibles par la voie abdominale et fort peu par le vagin.

C'est là la base pour le choix des procédés.

Dans les cas chroniques, la laparotomie peut être et est souvent inutile, insuffisante, dangereuses.

Inutile : Zweifel nous apprend en effet qu'il est inutile souvent de tout nettoyer ; que les collections les plus volumineuses se vident souvent par une simple incision vaginale.

L'opération du 4 février de M. Vautrin nous en fournit un excellent exemple. Cestan reconnaît en avoir vu des exemples indiscutables.

Insuffisante : parfois, comme dans le cas de Pozzi, le cas de Schwartz (1), qui, le ventre ouvert, se sont vus obligés secondairement de faire l'élytrotomie pour évacuer la collection.

Dangereuse : a) c'est une opération très longue (et c'est là un facteur important pour les suites de la maladie). — Les hématoécèles sont souvent septiques, ont une grande tendance à s'enflammer, dit Condamin ; d'où risques dans la laparotomie d'inoculer le péritoine :

Dans ces mêmes cas chroniques, la voie vaginale est le plus souvent, facile, innocente, suffisante.

Facile : elle est permise à tout praticien.

Innocente : avantage de ne pas briser la deuxième coque et d'opérer en dehors de la séreuse, sans compter la moindre réaction du péritoine pelvien.

En raison des adhérences formées par les anses intestinales au-dessus du foyer hémorragique, la cavité drainée par le vagin restera, jusqu'à un certain point en dehors de la grande séreuse, ce qui n'a pas lieu avec la

(1) Société chirurgicale du 8 avril 1891.

laparotomie. Le cul-de-sac recto-utérin constitue un point de déclivité maxima qui empêche les liquides exsudés, les caillots plus ou moins ramollis et incomplètement détachés, de stagner dans la cavité abdominale.

Suffisante : étant reconnue la seule de mise pour Laroyenne.

C'est là l'avis adopté par Cestan, Routier, Zweifel, Fehling, Gusserow, Cabot, Cragin, Roncaglia. « Je considère la laparotomie comme une opération grave et mauvaise contre l'hématocèle enkystée depuis longtemps. Pour moi, je lui préfère de beaucoup l'incision vaginale simple (1). »

Mais encore faut-il qu'elle soit accessible.

Quelles sont donc les indications de chacune de ces deux voies ?

De la laparotomie. — 1° Ne relèvent que les cas haut situés et quand on s'est assuré que pour eux il n'existait pas d'autre voie. L'intervention ici ne diffère en rien de celle des suppurations paramétritiques : c'est une voie d'exception. (Obs. de la Maison de secours, avril 1892).

2° Choisir la voie la moins dangereuse ; donner la préférence à la voie sous-péritonéale (même modifiée : c'est-à-dire incision plus haute que classiquement). Elle est indiquée pour la variété supra-utérine.

L'élytrotomie réclame au préalable des *conditions opératoires* de première importance :

1° Il faut que la tumeur soit bien pelvienne et suffisamment en rapport avec l'un des culs-de-sac ;

2° Il faut que l'hémorragie soit définitivement arrêtée.

(1) Segond, p. 612.

Elle ne peut donc convenir à un autre cas qu'à une hématocele chronique. Sinon impossible de faire l'hémostase et on serait obligé d'avoir recours à une hystérectomie vaginale périlleuse et précipitée ;

3° Pour ceux qui opèrent *par principe* : opérez 20 jours environ après les accidents. Sænger nous dit trois à quatre semaines, Pinard dix semaines, Schourinoff(1) trois semaines au moins. Or, les statistiques de Cestan sont bien intéressantes pour le point de vue qui nous intéresse :

Il a divisé les opérations où l'on est intervenu en cinq catégories :

- 1^{re} opération d'urgence : 79 p. 100 de guérisons.
- 2^e — le lendemain ou dans les 5 premiers jours :
82 p. 100.
- 3^e — dans les 20 jours : 90 p. 100 de guérisons.
- 4^e — à un mois : 82 p. 100.
- 5^e — très tardives : 76 p. 100.

C'est le 3^e groupe où les signes d'anémie sont minimum qu'il y a le plus de guérisons. Ceci est à retenir pour le moment de l'intervention.

La survie augmente peu à peu à mesure qu'on s'éloigne du choc primordial. D'après ces chiffres, il est logique d'attendre que le premier choc soit passé.

4° C'est donc dire qu'il ne faut pas attendre la prochaine menstruation dans la crainte d'une métrorragie ; il faut toujours opérer entre l'époque présumée des règles.

Voilà les conditions requises.

Voyons les cas qui en relèvent :

- 1° Collections peu abondantes et bien enkystées ;
- 2° Collections très abondantes avec état général très

(1) Elle est recommandée par principe par Gusserow, Zweifel, Strauch, in *Centr. fur Gyn.*, 1891.

mauvais (Mangin) et bien entendu quand toutefois on n'a plus de crainte d'hémorragie une fois la collection vidée ;

3° Collections de moyen volume.

C'est donc dire que l'on devra choisir cette voie de préférence à toute autre dans tous les cas où la chose sera possible.

En résumé : Si nous jetons maintenant un coup-d'œil d'ensemble, en envisageant l'évolution totale de ces hémorragies pelviennes (les unes bénignes, les autres de gravité différente), nous nous expliquons tout naturellement la divergence des opinions relativement au traitement dont elles sont justiciables.

Les exposer, les classer, les critiquer, tel a été notre premier but.

En faveur de l'expectation et de l'intervention et contre chacune de ces deux méthodes, on a pu voir qu'il n'y avait pas à se dissimuler qu'il existait un certain nombre d'arguments ayant une réelle valeur.

Or, en formulant des principes devant faire admettre l'une de ces deux méthodes à l'exclusion de l'autre, nous risquons fort de sacrifier l'intérêt des malades à une question scientifique. Aussi, poser les indications de telle opération par la voie la moins périlleuse, afin de permettre à tout praticien, soucieux de sa renommée et de sa malade, de l'entreprendre : tel a été notre deuxième but.

Comme dans la plupart des cas de thérapeutique, il ne peut y avoir de règles absolues pour ce qui concerne l'hématocèle péri-utérine. Nous ne doutons pas un seul instant que peut-être quelques-unes de nos indications seront sujettes à caution. Aussi, malgré notre conviction que le traitement chirurgical n'est pas toujours exempt de dangers, il nous a paru cependant très rationnel de le faire venir au secours des moyens médicaux quand (à une

époque que nous avons tenté de fixer), on a acquis la preuve à peu près certaine qu'ils sont impuissants à obtenir la guérison.

Nous terminerons donc en disant que le traitement de l'hématocèle ne saurait, à aucun moment, être celui de la grossesse extra-utérine. La grossesse tubaire, quelle que soit sa période, une fois diagnostiquée, doit être considérée comme une tumeur maligne, et ne saurait relever que de la laparotomie. L'hématocèle, qu'elle soit accident fréquent ou rare de la grossesse extra-utérine, est une affection spéciale qui ne saurait être confondue avec la grossesse ectopique. Son traitement peut se résumer en ces mots :

Est-elle suraiguë : Expectation. Elle ne relève de la laparotomie que dans des conditions déterminées.

Est-elle subaiguë : Être interventionniste, non par principe, mais de propos délibéré, à une époque non éloignée du début de l'hémorragie, et quand l'enkystement ne peut plus être mis en doute. Choisir la voie la moins périlleuse ; sous-péritonéale, si elle est supra-utérine ; vaginale, si elle est pelvienne,

Est-elle chronique : Elle rentre dans la classe des affections péri-utérines, et comme telle, a son traitement selon le tempérament du chirurgien. L'incision vaginale est la méthode de choix.



OBSERVATIONS

HÉMATOCÈLES ANTÉ-UTÉRINES

Observation Première. — *Hématocèle anté-utérine suppurée.* — *Perforation intestinale.* — *Mort.* — In CHASSAIGNAC, *traité suppur.*, tome II, p. 463.

Aubert (Louise), 27 ans, cantonnière, entre le 6 novembre 1857 à l'hôpital Lariboisière. Bien réglée, n'a jamais eu d'enfants ; constitution faible, gastro-entéralgie chronique. — Il y a trois mois, à la suite d'une violente frayeur qui amena la suppression brusque des règles, « il se développa une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen. Cette tumeur ayant pris des proportions considérables, une incision fut faite par M. Monod. Il ne s'ensuivit aucune amélioration. C'est alors que la malade sortit de la maison de santé pour entrer à l'hôpital Lariboisière. Voici ce que l'on constate. — Abdomen extrêmement « ballonné, vessie refoulée en avant ; tuméfaction dure, résistante, « située au-devant de l'utérus et s'étendant à toute la partie latérale « supérieure droite de l'abdomen. On diagnostique une hématocèle « pré-utérine. L'incision faite à la maison de santé n'a donné que du sang. La partie pelvienne de la tumeur refoule la vessie en bas ; la partie supérieure atteint l'hypochondre droit. Evacuation facile des selles et des urines. Un peu d'appétit. Une portion d'aliments ; cataplasmes, bordeaux 200 grammes.

11 novembre. — En pressant sur la tumeur, on fait sortir par la plaie du sang altéré ; la tumeur diminue de volume.

12. — Diarrhée. La liqueur qui sort par l'incision est sanguinolente. Examinée au microscope, on la trouve constituée par un mélange de pus et de sang. La tumeur diminue, pâleur anémique de la face, langue décolorée.

14. — Douleurs très vives à la partie épigastrique, douleurs qui privent la malade de sommeil. Frictions sur la région douloureuse avec le liniment volatil camphré ; potion calmante.

19. — Diarrhée. Lavements et cataplasmes laudanisés.

22. — Diminution évidente du volume de la tumeur, issue d'une grande quantité de pus et de matières putrides. On craint une perforation intestinale.

24. — L'analyse du liquide évacué n'a pas fait connaître de matières fécales. Diarrhée continuelle, moins intense la nuit. Pas de sommeil. Décoction blanche, 2 pots ; 2 pilules d'extrait thébaïque de 5 centigrammes.

27. — Le liquide est devenu manifestement purulent ; il renferme cependant encore du sang en quantité notable.

1^{er} décembre. — Le pus s'écoule facilement. Douches d'eau tiède dans la partie purulente.

8. — Mieux. Ventre moins tendu ; écoulement purulent presque nul.

14. — La malade est très affaiblie par l'abondance de la suppuration ; elle tousse.

17. — Le pus coule abondamment, il est très fétide ; langue sèche, rouge à la pointe ; soif vive. Looch kermétisé.

25. — Suppuration très fétide. Il paraît exister une perforation intestinale communiquant directement avec la plaie d'incision. Maigreur extrême et affaiblissement progressif de la malade.

27. — Mort.

Autopsie. — La cavité abdominale étant ouverte, on trouve la masse intestinale en bas et à droite d'une couleur noirâtre, comme sphacélée, cependant on n'y découvre pas l'odeur caractéristique de « la gangrène. Les anses intestinales sont unies par des adhérences « nombreuses qui paraissent le résultat d'une péritonite partielle. L'S « iliaque du côlon est déplacée ; elle décrit un trajet remarquable par « suite des adhérences qui se sont établies. La collection occupe la « fosse iliaque droite ; l'existence d'un épanchement sanguin et puru- « lent entre la vessie et l'utérus semble indiquer que le point de « départ des accidents était en ce lieu même ; l'utérus est libre par la « face postérieure, adhérent à la vessie par la face antérieure. Il semble « que le cul-de-sac vésico-utérin formé par la péritonie se soit rompu

« et que l'épanchement ait pénétré dans l'abdomen. Il existe à quelques centimètres au-dessus de la valvule cœcale une perforation qui n'est selon toute apparence que le résultat du travail ulcératif auquel aurait donné lieu l'épanchement.

La vessie est un peu épaisse à sa partie supérieure. L'utérus ne contient qu'un peu de mucus, sa cavité n'a jamais été en rapport avec la collection.

Observation II. — *Hématocèle anté-utérine (rétention des règles) par athrésie des voies génitales.* — In RUECH, *Athrésie des voies génitales*.

Athrésie du vagin et fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement. Tumeur de la paroi vésicale que l'on ponctionne et qui donne issue à un liquide visqueux, couleur lie de vin.

Septicémie de la poche.

Guérison.

Observation III. — *Hématocèle anté-utérine avec grossesse tubaire.* — *Mort.* — In SIREDEY, *th. Paris*, 1860, p. 98.

Augustine S., âgée de 28 ans, est entrée le 12 août à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 15 (service de M. Aran). Cette femme, mariée à 17 ans, a eu deux enfants, le premier il y a 9 ans, et le second, il y a 3 ans et demi.

Seconde grossesse : l'accouchement eut lieu facilement, mais le lendemain, se déclara une péritonite.

La malade se trouve mal depuis le 9 août ; elle s'est refroidie la veille, a été mouillée pendant que le corps était en sueur et qu'elle avait ses règles ; indigestion, douleurs à l'estomac, vomissements de matières alimentaires et bilieuses, le tout avec très vive douleur épigastrique ; puis, quelques heures plus tard, surviennent des douleurs au bas ventre, et les règles s'arrêtent.

Le 11 au soir, le pouls, petit, bat 120 fois à la minute ; peau chaude, soif ardente, vomissements porracés, ventre ballonné, surtout en bas, et très douloureux à la pression. On applique 25 sangsues ; cataplasmes, onguent napolitain belladonné ; à l'intérieur, quatre pilules d'opium et suppression des boissons.

Le 12, il n'y a eu qu'un vomissement le matin après l'ingestion d'un verre d'eau sucrée ; 112 pulsations, 26 respirations ; les lèvres et la langue sont sèches ; soif vive, aucun appétit. Le ventre est sensible dans sa moitié inférieure, surtout au voisinage du petit bassin ; l'hypogastre et la fosse iliaque droite sont le siège de douleurs plus aiguës ; le vagin est très chaud et baigné de mucosités, le toucher « vaginal fait reconnaître que le col utérin est porté en arrière, le « corps de l'utérus en antéflexion très prononcée, et qu'il y a une « dépression très marquée du cul-de-sac vaginal latéral gauche ; de ce côté, l'utérus est adhérent et immobilisé par une tumeur que l'on rencontre également par le toucher rectal, qui fait reconnaître qu'elle est très élevée. On n'entend rien d'anormal au cœur ; mais sur les parties latérales du cou, bruits de souffle.

Glace sur le ventre ; 4 pilules d'extrait thébaïque et frictions mercurielles.

Le 28, il y a toujours de la chaleur dans le vagin, de la rénitence dans les culs-de-sac ; l'utérus est toujours fixé à gauche, le col volumineux et boursoufflé, on sent une rénitence profonde dans la fosse iliaque gauche ; le toucher rectal fait encore reconnaître une tumeur immobilisant l'utérus à gauche.

La malade sort dans cet état.

Elle rentre à l'hôpital le 14 novembre.

Depuis sa sortie, elle a toujours souffert, surtout au moment des règles ; les fleurs blanches sont continuelles.

Elle a fait des excès de travail et de coït ; elle a eu ses règles il y a un mois ; depuis elle a toujours perdu du sang, quoique en petite quantité.

Le dimanche 13 novembre, veille de son entrée à l'hôpital, elle fait un excès de travail, de très vives douleurs de reins la forcent à se mettre au lit, et dans la même nuit, malgré d'horribles douleurs, elle subit six approches sexuelles, à la suite desquelles survient une syncope très prolongée, puis des vomissements verts porracés. Le ventre est extrêmement douloureux, distendu. La malade est portée le matin à l'hôpital, pâle, exsangue, dans un état de syncope ; le ventre très douloureux est ballonné ; le pouls est filiforme avec 158 pulsations « et 40 respirations ; refroidissement des extrémités. Le col de l'utérus « est porté un peu en avant ; le doigt rencontre un sillon, puis une

« petite tumeur arrondie, convexe, que l'on croit être le fond de
« l'utérus ; le toucher vaginal ne fait pas reconnaître d'autre tumeur
« appréciable que celle-ci. On soupçonne bien une hémorragie
« interne, mais on ne trouve pas de tumeur indiquant l'hématocèle. Le
« toucher rectal est extrêmement douloureux ; il fait reconnaître des
« brides et des adhérences, surtout à gauche ; le doigt croit sentir le
« fond de l'utérus plongeant dans la cavité du sacrum. Vin de
Bordeaux, 25 centigr. d'opium en cinq pilules, boules chaudes aux
pieds.

Au bout de quelques heures, la malade se réchauffe mais reste
sans urines. — Cathétérisme.

Le poulx est toujours petit et misérable, marquant 100 pulsations ;
il y a quelques vomissements verts porracés ; la pâleur est extrême ;
il y a des douleurs très vives dans le ventre.

Dans la nuit, l'asphyxie commence, et la malade succombe dans
la journée du 15 novembre, après une longue agonie.

Autopsie faite le 17, trente six heures après la mort.

« En pratiquant le toucher vaginal sur le cadavre, on trouve le
« col d'un volume médiocre, porté en avant ; le corps, au contraire,
« porté en arrière et fixé à gauche, quoique possédant encore quel-
ques mouvements.

L'abdomen est considérablement distendu ; quand les parois sont
incisées, un sang noir, liquide, s'en échappe ; il est accumulé en
grande quantité (environ 1 litre 1/2) dans les fosses iliaques, les flancs,
et remonte même jusqu'au diaphragme. On trouve un énorme caillot
pesant environ 1 kilogr. dans la cavité du bassin, qu'il dépasse de
plusieurs travers de doigt ; du sang liquide remonte jusqu'à la face
supérieure du foie. Cet organe est mou, exsangue et décoloré, ainsi
que les poumons, la rate et les reins ; il est très petit, ainsi que la
rate.

L'énorme caillot dont nous venons de parler représente en liquide
le volume d'un litre de sang environ ; il est entièrement noir et mou.
« L'utérus est couché dans la cavité du sacrum ; la cavité pré-utérine
« de l'excavation pelvienne est considérablement augmentée ; c'est là
« qu'a eu lieu l'accumulation du sang. En renversant le cadavre,
nous voyons ce gros caillot qui occupait le bassin se détacher en
masse de lui-même, ce qui montre qu'il n'y avait aucune adhérence

pour le retenir ; il en reste pourtant quelques débris fixés aux annexes de l'utérus, du côté droit.

Les cordons sous-pubiens sont considérablement hypertrophiés, le ligament de l'ovaire gauche a entièrement disparu ; l'ovaire semble « se détacher presque directement du tissu utérin. L'ovaire gauche et la « trompe du même côté adhèrent ensemble ; ils sont couchés sur la « partie latérale gauche de l'utérus, la trompe étant placée en avant et « au-dessous de l'ovaire. Le pavillon de la trompe n'est pas oblitéré, il est un peu teinté de sang : par la pression, on fait sortir une gouttelette d'un liquide blanc et opaque. Des fausses membranes anciennes et résistantes soudent l'ovaire et la trompe au ligament large de ce côté. Ces organes présentent un épaissement considérable, leur membrane externe est comme fibreuse. L'ovaire mesure environ 3 cent. de longueur sur 1 cent. d'épaisseur ; il est criblé de cicatrices et présente de petits kystes à sa surface. Son tissu est presque charnu et parsemé de quelques caillots sanguins d'ancienne date.

La trompe, de ce côté, est flexueuse, dilatée, remplie d'un liquide crémeux, que l'on fait sortir en pressant la trompe.

Au côté droit, on trouve, dans le sillon profond, entre l'ovaire et la face postérieure de la trompe, un caillot qui paraît s'échapper d'un renflement gros comme une petite noix, violacé, et formé, aux dépens de la trompe, au voisinage de son émergence des parois utérines. La trompe et l'ovaire sont soudés par d'anciennes adhérences, épaisses et résistantes, formant une masse solidaire avec l'utérus.

L'ovaire droit a 4 cent. de longueur ; son pédicule est extrêmement court, sa surface criblée de cicatrices ; il contient deux corps jaunes, l'un à sa surface, l'autre en son milieu. La trompe, du même côté, est très épaissie et pleine d'un liquide opaque et crémeux. La tumeur signalée plus haut est évidemment formée aux dépens de la cavité de la trompe ; le caillot existant entre celle-ci et l'ovaire correspondant provient d'une déchirure de la petite tumeur déjà décrite, déchirure de forme allongée de 8 mm. environ de longueur. La tumeur contient du sang très noir, et une substance décolorée, « adhérente, qui, à première vue, a été considérée comme un débris « placentaire. Cette opinion a été confirmée par M. Robin, qui a bien voulu examiner cette pièce au microscope ; M. Robin a pensé que l'embryon était âgé de 3 à 6 semaines.

A la réunion de son corps avec le col, l'utérus présente une sorte d'étranglement, il est mou, flexible dans tous les sens ; il mesure 85 mm. verticalement sur 45 entre les insertions des trompes. Les diamètres du col sont : le transversal, 3 cent., l'antéro-postérieur, 28 mm. L'orifice du col laisse échapper un mucus opaque, et présente des traces d'ulcération. La plus grande épaisseur de l'utérus est de 3 cent. d'avant en arrière ; sa membrane interne est fongueuse, épaisse, brunâtre, baignée d'un liquide sanguinolent comme infiltré de sérosité et présentant en un mot tous les caractères propres à un utérus gravide. L'épaisseur de cette muqueuse est de 5 à 6 mm. ; la paroi antérieure de l'utérus mesuré 12 mm., abstraction faite de la muqueuse. La cavité du col a 30 mm. de longueur ; celle du corps, 37 mm.

Observation IV. — PISTOR. — *Hématocèle anté-utérine.* — In *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1868, V, 298.

Observation V. — *Hématocèle anté-utérine cataminiale.* — In *Arch. f. Gynæk.* 1870.

Olshausen rapporte une observation d'hématocèle cataminiale sous-péritonéale anté-utérine, venue à la suite d'une dysménorrhée aiguë. La malade se remit après avoir eu de la fièvre ; la tumeur se résorba. La lèvre antérieure du col était courte et la partie antérieure du fond du vagin était repoussée en arrière par la tumeur demi-molle.

Observation VI. — *Hématocèle anté-utérine non enkystée.* — Observ. d'AITKEN, in *Arch. f. Gyn.*, 1873. — Heft, II. — Mentionnée in *Lyon médical*, 1873, p. 368, t. IV. — Original in *Traus. of the Edimbourg, obst. soc.*, 1870.

Observation VII. — *Hématocèle anté-utérine enkystée.* — Observ. de MARTIN-MAGRON et SOULIÉ. — In *Archiv. f. Gynæk.* Bd V. Heft II, 1873. — Mentionnée in *Lyon médical*, 1873, p. 368. — Original in *Traus. of the Edimbourg, obst. soc.*, 1870.

Observation VIII. — *Hématocèle anté-utérine*. — Observ. de BRAUN, in *Wiener méd. Wochenschr*, 1870.

Une femme mariée, âgée de 35 ans, présentait une tumeur élastique au-devant de l'utérus et grosse comme une tête d'enfant. Elle était située en avant du ligament large gauche. Le trocart donna issue à un demi-litre de sang rouge et foncé. La malade mourut de collapsus.

On trouva du côté gauche du bassin, en avant de l'utérus une poche du volume d'une tête d'enfant. La trompe plongeait dans la tumeur. Le pavillon était cloturé par un caillot.

Observation IX. — WORSTROM, *Hématocèle para-utérine*, Stockholm, 1872.

Observation X. — *Hématocèle anté-utérine*. — In *Archives f. Gynæk*, Observation de SCHROEDER.

Mme B., restaurante, 33 ans, a accouché il y a trois ans. Toujours bien portante, sauf une sorte d'évanouissement il y a un an ; dans tout le cours de la dernière année, elle s'est toujours plainte de maux de ventre qui la gênaient considérablement dans son travail. Dernière période peu avant mi-novembre. — Le 15 décembre 1872, elle fit appeler le médecin pour constipation et maux de ventre ; cependant les douleurs cessent de nouveau. — Le 4 janvier 1873 au soir, elle est subitement prise de violents maux de ventre et après une constipation de 24 heures, elle sent le besoin d'aller à la selle. Le bas-ventre est extrêmement sensible au toucher ; les douleurs atteignent leur maximum d'intensité en bas et à droite, mais elles s'étendent à tout le bas-ventre et se font sentir jusque dans la poitrine. Les douleurs sont tellement violentes qu'elle crie. Mains fraîches, teint pâle, pouls petit et fréquent. Le toucher est négatif, quoique sensible. Le bas-ventre non gonflé.

L'huile de ricin, l'eau hongroise, les lavements ne donnent pas ou peu de selles. Les douleurs cessent peu à peu et dès le 9 janvier, la malade travaille de nouveau.

Le 10 janvier, nouvelle et violente attaque — semblable à la

première, mais plus violente — qui s'est produite pendant un essai de selle. A partir de ce moment-là elle s'alite.

« Le 14 janvier se produit un avortement, à ce que dit le mari :
« c'était des morceaux et une peau bien évidente (pas de sang coagulé).
« Les jours suivants, des épanchements de sang plus ou moins
« prononcés.

Le 20 janvier, nouvelle attaque, mais moins forte. Il n'y a pas de poussée vers le gros intestin. Après un repos absolu, il se produit un mieux.

Le 27 janvier au soir pendant qu'elle est levée, nouvelle attaque : elle a de violentes douleurs toute la nuit ; aucune douleur vers le gros
« intestin, mais existe vers la vessie. Continuelle envie d'uriner et avec
« cela brûlante douleur. Bas-ventre gonflé.

Dans l'après-midi du 28 janvier, je la vis. Il se produisit un peu de repos après injection de morphine ; le bas-ventre est excessivement sensible et les muscles sont tellement tendus que l'on ne peut absolument rien sentir au travers. La matrice se trouve assez en arrière,
« la paroi antérieure du vagin est entièrement remplie par une tumeur
« élastique et la double palpation n'est pas praticable. Derrière l'utérus
« correspondant au plancher de Douglas, on sent une forte proémi-
« nence. Par le toucher rectal, on sent dans le Douglas une tumeur
« très dure, mais assez mince, d'arrière en avant et qui n'est que
« moyennement sensible. Le diagnostic se prononce pour une pelico-
péritonite exsudative avec des exsudats anciens durcis dans le Douglas
et des exsudats frais dans toute la cavité du bassin. Le diagnostic d'une grossesse tubaire fut de nouveau abandonné parce que les caractères d'une anémie aiguë n'étaient pas bien marqués et que le mari affirmait avec énergie qu'elle avait avorté le 14 janvier. Un repos absolu est ordonné afin d'éviter ces attaques fréquentes. Pour
« ne pas irriter inutilement, on ne sonde pas l'utérus ; il paraissait fort
« probable qu'il se trouvait engagé dans la tumeur anté-utérine.

Le 28 janvier au soir, elle se trouve assez bien ; mais elle va de nouveau plus mal le 29 janvier au soir et a des vomissements qui persistent jusqu'à la mort. Collapsus complet, le pouls devient plus petit et fréquent et elle présente l'aspect d'une péritonite perforative aiguë. C'est dans cet état qu'elle est en agonie jusqu'à la mort qui survient le 30 janvier à 3 heures de l'après-midi.

L'autopsie faite par Lenker, le 31 janvier 1873 à 10 heures du matin, 21 heures après la mort, montra, abstraction faite de ce qui ne nous intéresse pas, ceci :

La peau est d'un gris jaunâtre et très pâle avec taches cadavériques rouges peu nombreuses. Les lèvres sont également très pâles, faible rigidité cadavérique, muscles bien développés, rouge clair, seins peu développés.

Les organes internes sont très anémiés sur l'enveloppe pleurale du diaphragme et dans les parties graisseuses du *mediastinum* : plusieurs extravasats petits et rouges. Dans la première se trouvent les terminaisons de gros vaisseaux lymphatiques fortement remplis de sang, quelques glandes lymphatiques qui, à la coupe, se montrent riches en sang.

La paroi abdominale est tendue ; à son ouverture, la face antérieure des viscères abdominaux se montre couverte d'une mince couche de sang liquide ; la cavité contient environ 2 litres d'un sang pur et très liquide. Vers le petit bassin se trouvent d'épaisses couches de coagulations sanguines d'un rouge cerise sombre.

« Au-dessus du promontoire sort une circonvolution de l'intestin grêle adhérent vers le bas et à droite de la partie supérieure d'une tumeur rouge bleu sombre. Tout le reste de l'entrée du bassin est obstrué par les coagulations ci-dessus. Après les avoir éloignées, on rencontre une cavité grosse de plus d'un poing, dont la paroi antérieure est formée par la surface antérieure de l'utérus placé en arrière et en bas et en partie par les ligaments larges. Le fond inférieur de cette cavité anté-utérine se trouve au moins à la hauteur de la vulve, comme on peut le constater par la palpation bimanuelle. La paroi antérieure est formée par la surface postérieure de la vessie entièrement et étroitement accolée à la symphyse. Le contenu de la cavité ne se compose que de coagulum sanguins, abstraction faite d'une coagulation brun clair chocolat de fibrine qui se trouve sur un espace bien délimité de la surface antérieure du ligament large gauche. En haut, la cavité n'est nullement délimitée par une membrane, mais des coagulations sanguines s'y étalent librement.

« Une fois cette cavité anté-utérine vidée, l'utérus se montre un peu en bas et en arrière dans le petit bassin ; derrière et au-dessus de lui, les circonvolutions intestinales accolées, dont nous avons parlé ; à

droite, la tumeur bleuâtre appliquée à l'origine de la trompe ; de la surface postérieure de l'utérus jusqu'à la paroi postérieure du bassin, s'étendent irrégulièrement de nombreuses et larges bandelettes fibreuses dans un espace situé un peu à gauche ; immédiatement en arrière et délimité par ces pseudo-membranes, grandes comme une noisette, mais d'une forme plate, se trouve du sang liquide, rouge cerise sombre. Les autres espaces du douglas formés par ces pseudo-membranes, mais imparfaitement délimités, sont couverts de coagulations fibrineuses dures, d'un brun clair et fortement accolées, entre lesquelles se trouve encore du sang liquide et sombre. Le fond inférieur du Douglas est coloré en gris ardoise.

L'utérus lui-même est moyennement agrandi, large de 6 cent., long de 9 cent., et épais de plusieurs centimètres ; gris pâle à la section ; sa cavité est vide, dans le col se trouve un bouchon muqueux. La muqueuse est d'un gris blanc, entièrement dépourvue de sang et très lâche. A côté de l'utérus et à droite, se trouve une tumeur irrégulièrement arrondie un peu fluctuante.

La paroi de cette tumeur est, en un endroit de la surface supérieure un peu proéminente, colorée en rouge cerise sombre par suite d'une hémorragie ; elle montre une déchirure en forme de fente, longue d'à peu près 1 cent. En l'élargissant, la paroi présente une épaisseur d'à peu près 6 mm. fortement hémorragique ; au fond de la fente se montre une membrane, tendue, délicate et transparente et couverte à sa surface extérieure par des touffes délicates (touffes de Chorion).

L'examen montre que toute la tumeur est formée par un œuf nullement endommagé, qui contient dans son amnios, un embryon bien conservé. Les parois du sac sont accolés aux enveloppes de l'œuf ; cette paroi présente sur sa plus grande partie une épaisseur de 1 à 2 mm. Dans la direction de l'utérus, la paroi du sac se confond avec la trompe droite. A cette trompe, ainsi qu'à la surface, l'épiploon est entièrement soudé par son bord inférieur sur une largeur de 4 à 5 cent. L'extrémité de la trompe droite ne peut être trouvée.

L'ovaire droit, d'une grandeur à peu près normale, est en partie entouré d'adhérences ; il montre à la coupe, un corps jaune. La trompe gauche présente son extrémité obstruée et soudée à l'ovaire. L'essai de sonder la trompe droite par l'utérus ne réussit pas et il est impossible d'y introduire une sonde fine.

Observation XI. — *Hématocèle anté-utérine.* — In PONCET. — Obs. XXXIX, *Med. Copenhague*, 1873.

Menstruation irrégulière. Paramétrite après un accouchement il y a trois ans.

Hématocèle anté-utérine.

Mort par tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Adhérences à l'utérus et à la fosse iliaque. Ovaire gauche volumineux.

Observation XII. — *Hématocèle anté-utérine sous-péritonéale.* — Obs. de MARCY. — In *New-York, M. J.*, 1874, XX. 492-496.

Observation XIII. — TRECHFEL. — *Hématocèle anté-utérine produite au moment du retour d'âge par oblitération du cul-sac de Douglas.* — In *Correspond. Blatt fur Schweizer Aerzte*, 1875, n° 9.

Observation XIV. — WIRCHOW. — *Correspond. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1875, n° 9.

Observation XV. — *Hématocèles anté-utérines extra-péritonéales.* — In BARNES, p. 498, 1876.

J'ai vu 2 cas qui, je le crois, sont des exemples d'hématocèle anté-utérine, probablement extra-péritonéale, puisque leur situation correspondait à celle du thrombus anté-cervical de l'accouchement. J'ai soigné ces 2 malades pendant la période chronique ; les 2 présentaient une tumeur ferme, du volume d'une petite orange, placée en avant de l'utérus, et repoussant le fond en arrière. Mon diagnostic fut confirmé par la disparition graduelle et complète de la tumeur, sans aucun signe de rupture ou de suppuration.

Observation XVI. — *Hématocèle anté-utérine consécutive à une pelvi-péritonite.* — (Obs. XVII de thèse Jousset, due à Chauffard).

La nommée Victorine M. . . , âgée de 20 ans, entre le 9 juillet 1882, salle Sainte-Madeleine, n° 1, dans le service du professeur Peter.

Elle a été réglée à 15 ans ; ses règles, toujours très abondantes, duraient habituellement huit jours. Il y a trois ans, quinze jours environ après l'époque qui avait eu lieu comme à l'ordinaire, elle fut prise de douleurs de reins, assez fortes pour la forcer à marcher courbée en deux, et, sans aucune raison, elle eut une métrorragie. Conduite à l'hôpital de Ménilmontant, elle y resta six semaines ; elle avait de la fièvre, des vomissements ; mais son ventre n'était pas dur comme il l'est en ce moment ; la métrorragie dura encore quelques semaines ; on lui mit des cataplasmes pour tout traitement. — (Elle eut vraisemblablement une pelvi-péritonite à cette époque).

Après sa sortie de l'hôpital, ses règles revinrent comme auparavant. C'est à ce moment qu'elle eut ses premiers rapports sexuels ; rapports relativement rares, parce qu'elle habitait chez ses parents. Elle gardait du reste la réserve à l'époque de ses règles.

Le 27 avril dernier, quinze jours après ses règles, elle eut, sans cause connue, une métrorragie, elle garda le lit ; son ventre, dit-elle, n'était pas comme aujourd'hui, elle souffrait principalement de vomissements et de pertes, qui ont duré jusqu'à il y a huit jours.

A ce moment, elle se lève pour aller danser ; elle est alors prise de faiblesse, elle devient pâle et on doit la ramener chez elle, où elle se met au lit. Elle éprouve des frissons, de la fièvre, des vomissements et son ventre devient gros et dur.

A son entrée à l'hôpital, elle présente, d'une part, de la gale et elle se plaint de souffrir du ventre ; pas de fièvre, pas de vomissements. Le pouls est régulier et le visage n'est pas animé.

« Le ventre présente une saillie sous-ombilicale.

« La palpation permet de constater une tumeur globuleuse, rénitente, assez régulière, sans bosselures, de consistance un peu plus ferme dans la fosse iliaque droite.

« Matité complète à la percussion à ce niveau ; le ventre est peu douloureux à une pression légère.

« Cette tumeur présente à peu près la forme d'un cœur de carte à jouer, à échancrure médiane au-dessus de l'ombilic ; elle remonte un peu plus haut que celui-ci sur les côtes, principalement à droite.

Diamètre vertical médian jusqu'à l'épine du pubis, 11 cent. Diamètre transversal supérieur, 21 cent.

Pas de fluctuation appréciable.

« Au toucher, l'utérus paraît complètement refoulé en arrière, « avec légère déviation de son axe en rétroversion ; il est encore un « peu mobile. Le cul-de-sac antérieur et les culs-de-sac latéraux du « vagin sont oblitérés par une masse dure, saillante, régulière, dou- « loureuse à la pression et résistante sous le doigt. Le cul-de-sac « postérieur est difficile à atteindre, mais paraît libre ; le col est un « peu ramolli. Il n'existe pas de troubles de la miction, ni de la « défécation, sauf une légère diarrhée.

Du 9 au 12 juillet elle est touchée trois fois, et le 12 elle est prise d'une légère perte.

Le 13 et le 14, la perte continue.

Le 15, la perte s'arrête.

Le 20, le toucher donne les mêmes signes qu'au début.

La partie de la tumeur qui occupe le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac antérieur est peut-être un peu plus dure. Sous le doigt, la palpation abdominale montre que la tumeur a diminué et qu'elle est manifestement plus dure.

Diamètre vertical médian, 10 centimètres.

Diamètre transversal, 18 centimètres.

Le 28, aucune douleur abdominale. Par la palpation hypogastrique, on ne retrouve presque plus de traces de la tumeur primitive. A peine un peu de rénitence profonde.

Au toucher, même intégrité du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac latéral droit. Même refoulement en arrière et même mobilité de l'utérus. Dans le cul-de-sac antérieur, et débordant vers le cul-de-sac gauche, tumeur globuleuse, d'une lûme d'une pomme, régulière, dure et absolument indolente.

Le 29. Exéat sur sa demande.

Observation XVII. — *Hématocèle anté-utérine consécutive à un hématome.* — Mort. — In EMMET, p. 209, obs. XXIII.

Madame Van B..., de Newarck, âgée de vingt-sept ans, vint me consulter le 6 décembre 1871. Les règles, qui s'étaient montrées à 15 ans, étaient revenues régulièrement depuis. Mariée à 18 ans, elle mettait au monde son seul enfant un an plus tard, après un travail

naturel. Après cet accouchement, les règles deviennent peu à peu plus douloureuses le premier jour, et durèrent plus longtemps, de 5 à 8 jours. Pendant longtemps après la disparition des règles, elle avait un écoulement vaginal profus. Elle pouvait marcher et se tenir debout sans difficultés, excepté quand elle s'était surmenée, et alors elle « souffrait profondément dans le bas-ventre. On trouvait l'utérus en « rétroversion, le col utérin en rapport avec le col vésical, le vagin « s'étendant en arrière en un profond cul-de-sac. On découvrit en « avant du ligament large droit une petite masse de 4 cent. de diamètre, « immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin. Je supposai que c'était un fibrome qui, par sa situation, produisait la rétroversion quand la vessie se distendait. C'était là la cause de la stérilité. Je redressai sans peine l'utérus, je mis un pessaire qui le maintint, et elle devint enceinte au bout d'une semaine. Elle fit une fausse couche à 3 mois, le 1^{er} mars 1872. Le 23, sans demander avis à son médecin, elle fit le voyage pour me consulter parce qu'elle continuait à perdre depuis son avortement. Je la fis entrer dans mon hôpital privé. Je fis le tamponnement du vagin pendant plusieurs jours, mais il causait une grande irritation au voisinage de ce que nous supposions être un « fibroïde. On ne pouvait plus sentir alors la masse, mais à sa place « on trouvait un épaissement diffus qui semblait occuper plutôt la « paroi vaginale que le tissu cellulaire qui la recouvrait. J'explorai soigneusement la cavité utérine avec la pince curette, afin de voir s'il ne restait pas de débris de placenta, je ne trouvai rien. Injections d'eau chaude matin et soir ; elles agirent mieux sur l'écoulement que les autres moyens. Sur le conseil du Docteur T. G. Thomas, j'introduisis dans le canal utérin un crayon formé de tanin et de beurre de cacao. On approcha alors la table à spéculum le long du lit, de façon à ce qu'elle pût s'y glisser doucement ; mais, au lieu d'agir ainsi, elle se dressa et se précipita sur son lit d'une façon si violente que je vis sur sa figure qu'elle en avait été effrayée. Il n'y eut pas d'écoulement après l'application du crayon, mais la garde m'apprit qu'elle avait été plus déprimée que d'habitude. Vers 8 heures du soir, elle commença à souffrir dans le ventre. Je fis donner un lavement avec 4 grammes d'elixir de memum. Vomissements ; température, 37°5 ; pouls, 106. Le lendemain, douleurs, vomissements ; je l'examinai, je ne trouvai rien de particulier par le toucher ; je négligeai de mettre la main sur l'abdomen. Le lendemain, la situation s'aggravait ; le Docteur Thomas

la vit et, en examinant l'abdomen, constata la présence d'une masse « du côté de la vessie, et émit l'idée que ce devait être une hémato-
« cèle. Je fus de son avis. Les douleurs s'accrurent au point qu'aucune dose de morphine ne pouvait la calmer. Elle mourut dans la nuit.

A l'autopsie, nous trouvâmes la partie inférieure de la cavité péritonéale remplie par un volumineux caillot, qui couvrait les organes pelviens. Après avoir enlevé le caillot avec soin, nous vîmes que « l'hémorragie avait commencé dans le tissu cellulaire en avant du
« ligament large droit. Elle avait soulevé le péritoine sur toute
« l'étendue de la face antérieure du ligament large, sur une partie du
« côté de la vessie et entièrement entre l'utérus et la vessie. Lorsque
« le sang eût ainsi rempli la cavité antérieure et soulevé le péritoine, la
« rupture se fit du côté droit au niveau du centre du ligament large.
« Le sang s'échappa alors dans la cavité péritonéale, et occupa à peu
« près l'espace qu'on voit sur la figure ci-jointe.

Observation XVIII. — *Hématocèle anté-utérine.* — *Laparotomie.* —
Guérison. — (Obs. de Mme Fanny BERLIN.) In *Am. J. of Obst.*,
Mai 1889.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, réglée à 16 ans. En février 1887, elle fut prise de douleurs vives dans le bas-ventre, vomissements. Mme le Dr Keller la soigna pour une rétroversion et congestion de l'utérus. Elle resta malade pendant quinze mois. Quand, après une fatigue et l'application d'un pessaire, le mal s'aggrava, Madame le
« Dr Fanny Berlin, appelée en consultation, constata une tuméfaction
« de la région vésicale s'étendant à mi-chemin entre le pubis et l'om-
« bilic. Au toucher, le cul-de-sac postérieur est rempli par l'utérus
« en rétroflexion, le cul-de-sac antérieur par la tumeur de consis-
« tance kystique.

L'auteur pratique une laparotomie exploratrice.

Une tumeur kystique brunâtre se présente, adhérent à la vessie et aux intestins et remontant à cinq centimètres à l'ombilic. Un demi-litre de liquide chocolat est évacué.

La paroi kystique, isolée difficilement, fut enlevée. Pas de pédicule, l'utérus est fixé en arrière par des adhérences ; les ovaires et les

trompes sont sains. Légère hémorragie en nappe en sectionnant le bord de la tumeur, qui semblait un caillot organisé. Lavage, suture abdominale, guérison assez rapide. D^r Gannet pense que la pièce anatomopathologique est une hématoçèle.

Le diagnostic était rendu difficile par la situation exceptionnelle de la tumeur, la rareté des hématoçèles chez les vierges, la sensation nettement kystique que donnait la tumeur, au lieu de la consistance élastique habituelle.

Observation XIX. — *Hématoçèle anté-utérine.* — *Un an après expulsion des débris osseux par la vessie.* — Obs. XII de GAUTHIER, in *Am. F. of Obst.*, 1889.

Femme de 22 ans, bien et régulièrement réglée jusqu'en mai 1887 ; ses règles ne parurent pas ce mois-là ; elle eut des nausées, des vomissements et se plaignit de malaise général.

Le 20 juin, douleur excluriente dans le bas du ventre qui dura trois jours et la maintint au lit ; trois crises nouvelles dans le courant du mois et de même durée.

En septembre, nouvelle crise plus intense que les précédentes, et qui la maintint au lit plus longtemps. Elle était très prostrée. A ce moment, elles'aperçut pour la première fois que son ventre augmentait. Pendant l'été, mais sans pouvoir préciser l'époque, elle rendit des membranes par le vagin.

En présence de cet état vague, on fit le diagnostic de crampes, de coliques, de grossesse, de fibrome utérin.

En avril 1888, l'auteur la vit pour la première fois. Au toucher elle présentait une tumeur grosse comme une orange sur le côté gauche de l'utérus. Sa connexion avec la vessie amenait des mictions fréquentes, l'état général était bon ; Thomson diagnostiqua un kyste de l'ovaire ou un fibrome de l'utérus.

« En mai, la tumeur augmentait toujours de volume, les douleurs
« devenaient plus grandes, les symptômes de cystite plus intenses :
« les urines étaient plus épaisses, sédimenteuses et contenaient des
« débris durs qu'on reconnut au microscope pour être des os.

Son état s'améliora peu à peu et le 13 juin les règles étaient revenues.

Observation XX. — *Hématocèle anté-utérine et anté-vésicale.* — *Laparotomie.* — *Guérison.* — Obs. de TUFFIER, in Binaud, observ. II, p. 38, 1892.

P..., Emilie, lingère, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Hugnier, le 26 février 1891, pour des douleurs du ventre dont le début remonte au 13 février de la même année. Les règles qui étaient venues normalement avaient cessé depuis trois jours, lors de la première apparition de ces douleurs.

La malade était réglée habituellement d'une façon irrégulière, elle souffrait avant et après ses époques, dont la durée était habituellement de trois ou quatre jours. Pas d'enfants ni de fausses couches, pas de pertes blanches, métrite il y a 8 ans. Il y a 4 ans, attaque de coliques hépatiques. Douleurs dans le flanc droit, vomissements.

Au début des accidents actuels, coliques violentes et vomissements qui avaient fait penser à une nouvelle crise hépatique.

A son entrée à l'hôpital, la malade éprouve des douleurs très vives dans le ventre.

La palpation abdominale et le toucher, quoique très douloureux, permettent toutefois de sentir à gauche une tumeur du volume d'une grosse orange.

Le même examen pratiqué trois jours après, fait percevoir une augmentation notable du volume de la tumeur. La laparotomie est alors décidée.

4 mars 1891. — Chloroformisation ; incision sur la ligne médiane.

« En avant de l'utérus, un peu à gauche de la ligne médiane, le doigt rencontre une tumeur libre dans laquelle il pénètre facilement » et qui renferme avec des caillots, du sang fluide de couleur noirâtre.

Les caillots de sang sont enlevés. Lavage.

« Un second examen fait reconnaître à la partie antérieure de la vessie, une tumeur du volume du poing.

Des manœuvres intra-vésicales avec la sonde, montrent des rapports réciproques de cette tumeur et de la vessie qui sont accolées l'une à l'autre au moyen d'adhérences. Celles-ci sont rompues et la tumeur une fois décollée est amenée au bout de la plaie, puis incisée sur sa partie médiane ; par l'incision ainsi faite, il s'écoule du sang noir assez épais. La tumeur est reconnue pour être la trompe dilatée et l'ovaire.

Ablation des annexes du côté droit. Lavage du petit bassin à l'eau boricuée tiède. Sutures au catquet puis au crin.

6 mars. — Vomissements presque incoercibles pendant 2 jours. Glace, opium, potion de Rivière. Les injections de morphine répétées paraissent arrêter les vomissements. Douleur de ventre qui est légèrement ballonné.

8 mars. — 2 lavements hier, restent sans résultats. Pas d'émission de gaz par l'anus. Administr. 40 cent. de calomel ; une selle à partir de ce moment, les accidents paraissent se calmer.

9 mars. — Plus de vomissements, plus de douleurs de ventre. Bon sommeil pendant la nuit. La malade urine seule. Suites favorables.

Observation XXI. — *Hématocèle anté-utérine. — Rupture de grossesse extra-péritonéale. — Laparotomie. — Guérison. — In Cestan, Observ. X.*

Adélaïde G..., 34 ans, journalière, entre le 2 février 1891 à l'hôpital Necker.

Réglée à 12 ans, bien. Un accouchement à 24 ans. Il y a 5 ans, chute sur le sacrum ; perte pendant 2 mois, sans caillots, mais pas de retard de ses règles, et elle ne se croyait pas enceinte. Douleurs vives, séjour à l'hôpital ; depuis, règles douloureuses et leucorrhée. Douleurs si elle se fatigue.

Le 27 novembre dernier, les règles attendues ne viennent pas, mais elle est, en revanche, prise de douleurs, de vomissements, avec anorexie ; les seins ne sont pas modifiés. Jusqu'au 15 décembre, douleurs vives à droite ; la malade se croyait enceinte et redoutait une fausse couche.

Le 15 décembre, hémorragie violente de 5 jours avec douleurs plus fortes. Le 20 décembre, douleurs plus violentes encore, syncopales, à droite, vomissements, etc.

Diagnostic : péritonite.

Le 29, entre dans le service de M. Rendu, amélioration légère. Le 31 rechute et douleurs à gauche, puis amélioration. Le 24 janvier, époque présumée des règles, nouvelle poussée, métrorragie, fièvre — 39°. La malade passe en chirurgie le 2 février.

État actuel. — Facies pâle, amaigrissement, difficultés pour marcher. Le 12 février, examen sous le chloroforme ; masse globuleuse « du volume d'une tête de fœtus, dure, dépassant le pubis de cinq « travers de doigt, médiane, mais un peu plus prononcée à droite, ne « s'étendant pas cependant dans les fosses iliaques. Col en arrière et à droite. L'utérus n'est pas délimitable de cette masse, et les mouvements de cette dernière se transmettent au col. Douglas relativement libre. Diagnostic : rupture de grossesse tubaire avec extravasats sanguins et poussées péritonéales.

Laparotomie. — Le 12 février, masse blanche grisâtre, médiane, grosse comme les deux poings, assez dure : elle se rompt ; des caillots rougeâtres apparaissent. Poche tomenteuse rougeâtre avec caillots et embryon long de 8 cent. et demi. Sur la paroi antérieure de la poche, une artère donne violemment. On décortique la poche, l'utérus est en « arrière et à droite. Le Douglas contient quelques caillots. Poche « adhérente à gauche, au gros intestin, à la vessie, en avant. La tumeur s'est développée dans la trompe gauche qui est sectionnée « au ras de l'utérus. Les annexes droites sont relativement saines et sont laissées. Lavage abondant, pas de drainage.

Exéat le 8 mars.

Observation XXII. — *Hématocèle anté-utérine.* — *Laparotomie.* — *Guérison.* — In *Cestan*. Obs. XIII.

Marie B.: 27 ans entre, le 23 mai 1892, à Necker. — Réglée à 13 ans, mariée à 17, trois grossesses normales. En avril dernier, suppression des règles.

Le 1^{er} mai, malaise ; le 2, douleurs vives, à droite, avec pertes légères. Le 7, douleurs extrêmement vives à droite, syncope, pertes avec membranes (caduque).

Entre le 23 mai 1892.

Le 31, utérus en avant et à gauche. A droite, grosse tumeur arrondie rénitente. Ligne blanche pigmentée, tubercules de Montgomery.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine rompue.

Laparotomie. — Le 2 juin, collection de sang noir liquide dans

« le cul-de-sac antérieur, limitée, non par une poche, mais par des
« adhérences épiploïques. A droite, grosse poche formée aux dépens de
« la trompe et de l'ovaire droits, de la grosseur des deux poings,
« rompue à sa partie externe avec caillots. Décortication ; lavage ;
suture.

Exécuté le 25 juin.

Observation XXIII. — *Hématocèle anté-utérine.* — Observ. de BROCA,
In *Cestan*, p. 160. Observ. XX.

Julie H., 34 ans, cartonnrière, entre le 16 septembre 1892, à Bichat, salle Chassaignac, n° 18.

Règles régulières et abondantes. Quatre grossesses fâcheuses. Le 23 juillet, 1892, à l'époque de ses règles, la malade est prise d'une violente douleur dans le côté gauche du bas-ventre, qui l'oblige à s'aliter. Depuis métrorragies continuelles, qui l'amènent à l'hôpital.

« *Examen.* — Le 20 septembre, au palper et dans le côté droit
« de l'abdomen, masse de la grosseur du poing, assez sensible, à
« surface bosselée. Au toucher, utérus situé en arrière et à gauche de
« la tumeur, qui s'accole directement à lui et n'en est pas séparée
nettement ; col normal. La tumeur est mobile avec l'utérus, peu douloureuse, et donne la sensation d'une poche tendue.

A gauche, annexes augmentées de volume.

Laparotomie. — Le 24 septembre, sous chloroforme, incision médiane allant d'emblée de l'ombilic à la symphyse. Ventre flasque ; manœuvres faciles. Epiploon adhérent en bas à la fosse iliaque droite ; dès qu'on l'a écarté un peu de côté, sans avoir encore rompu d'adhérences, on aperçoit dans le péritoine une certaine quantité de sang liquide, brunâtre (et la malade qui ne perdait rien au moment où on l'a sondée, juste avant de l'endormir, perd au moment où on l'apporte sur le lit d'opération un sang brun et fluide). L'épiploon est décollé facilement, et l'on arrive alors sur une masse de caillots située entre l'épiploon, le cæcum et des anses d'intestins grêles, le tout réuni par des adhérences molles, faciles à décoller avec l'ongle. Sous
« les caillots fibrino-cruoriques est une poche formée par la trompe.
« Cette poche ne plonge pas dans le Douglas, mais remplit la fosse
« iliaque droite et passe dans la fossette péri-utérine. Caillot et trompe

sont gros comme le poing, l'appendice vermiculaire lui adhère en arrière. Sous la trompe tombant dans l'excavation, est l'ovaire, gros comme une petite mandarine, non adhérent, contenant un gros kyste à liquide citrin qui se rompt pendant les manœuvres. La trompe et l'ovaire sont détachés du ligament large après une double ligature et sectionnés. Le péritoine de la trompe est suturé à la soie fine. En « arrière, une petite déchirure du ligament large est également suturée à la soie.

La trompe gauche, un peu rouge et moniliforme, l'ovaire gauche gros et kystique, non adhérents, sont également enlevés après double ligature à la soie.

Toilette péritonéale : rien ne saigne ; suture sans drainage. Pansement à la compresse aseptique.

L'opération a duré 45 minutes.

Suites : Le 24 au soir, 36°4 ; le 25, 37°8 ; 600 gr. d'urines.

Le 26 au soir, 38° ; 800 gr. d'urines, lavement et purgatif.

Le 27 au matin, 38°, vomissements verts ; ventre ballonné ; peau encore élastique ; n'a rendu ni selles, ni gaz ; le soir, 38°8 ; la malade meurt à 10 heures.

Autopsie. — Hémorragie interne très considérable, d'au moins deux litres avec caillots remplissant tout le petit bassin, et provenant du glissement de la ligature du pédicule droit. Le péritoine ne paraît pas enflammé, mais on trouve des traces d'un commencement de suppuration au niveau du pédicule droit ; le pus, après culture, ne contenait exclusivement que du *bactérium coli* commune.

Les autres organes sont sains.

Observation XXIV. — *Hématocèle anté-utérine.* — *Laparotomie.* — *Guérison.* — Observ. communiquée par M. le professeur VAUTRIN.

Ménagère, 34 ans. A toujours été bien portante. Réglée à 13 ans, régulièrement, sans dysménorrhée. Fait, à 20 ans, une fièvre typhoïde qui la retient 8 mois au lit. Se marie à 21 ans et accouche l'année suivante d'un enfant actuellement bien portant. A 22 ans, quelques temps après cette couche, se plaint d'une céphalée continue qui dure plusieurs mois.

Se rétablit bientôt jusqu'à l'an dernier où sa menstruation qui avait

toujours été régulière avance de plusieurs jours. Vers la même époque, elle est atteinte de leucorrhée.

En décembre 1892, elle avait été culbutée sous une armoire ; c'est à cet accident que la malade fait remonter son affection actuelle. Depuis ce jour, après une semaine de courbature, son ventre aurait augmenté de volume.

Ses dernières règles ont eu lieu le 12 janvier 1893 (en retard de 10 jours sur le mois précédent), quand le 20 du même mois, après avoir travaillé toute la journée à laver, en remontant une cuve, elle se sent prise subitement d'une douleur aiguë dans le bas-ventre, bientôt suivie d'un léger frisson ; elle ne perd pas connaissance.

Elle s'alite et dès le lendemain elle perd. Dans la journée même, son état s'améliore suffisamment pour lui permettre de se lever jusqu'au 25 janvier. Mais à cette date, elle est prise de douleurs épouvantables qu'aucune médication ne parvient à calmer. Le ventre se ballonne, la malade s'anémie, elle a de la fièvre vespérale ; elle vomit à peu près tous ses aliments.

On ne savait à quelle cause attribuer cet état ; d'autant plus que les métrorragies continuaient depuis le commencement du mois, avec perte de gros caillots, quand elle se décide à entrer à la Maternité.

Etat actuel. — Femme bien constituée, mais fort anémiée. — Il existe une tuméfaction derrière la paroi antérieure de l'utérus et remontant du pubis à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Le toucher est douloureux ; on trouve le col légèrement en avant, l'utérus rejeté vers le sacrum. Le cul-de-sac postérieur est profond ; l'antérieur semble rempli par une masse dépressible. La malade urinait souvent.

On pense à une hématocele anté-utérine. La malade est laissée quelques jours en observation. Comme médication : glace sur le ventre, boissons glacées, toniques, champagne.

Comme il ne se produisait aucune amélioration, on se décide à une intervention que la malade accepte d'ailleurs, pour le 10 mars 1892.

Laparotomie. — Incision sur la ligne médiane et immédiatement au-dessus de la vessie. La cavité abdominale est protégée par des compresses. On arrive facilement sur la tuméfaction ; on en fait prudemment l'incision pour ne pas dépasser les limites supérieures. Il s'en échappe une notable quantité de sang. Lavage à l'eau distillée. Les

caillots, sans trace de fœtus, sont enlevés, et on arrive ainsi à examiner la disposition des organes : le plafond de la poche était constitué « par des néomembranes ; le plancher, par l'utérus et les ligaments « larges. La cavité était développée surtout à droite vers la trompe, « ayant comme paroi postérieure la face antérieure de l'utérus. Le « pavillon de la trompe droite plongeait au milieu de la tumeur.

Ces dispositions principales reconnues, on n'osa insister davantage afin d'éviter toute hémorragie secondaire.

On fait un dernier lavage de la poche que l'on draine avec un tube long de 14 cent. et plongeant vers le cul-de-sac vésico-utérin. On ferme à la soie et au catgut le reste de la paroi abdominale.

Pansement.

La malade fut longue à se remettre — moins des suites des opérations qui ne présentèrent aucune complication, que par suite de l'état d'anémie aiguë où se trouvait préalablement la malade.

Rétablie en deux mois.

Excellente santé actuelle.

Observation XXV. — Hématocèle anté-utérine. — Observation due à l'obligeance du Docteur DUFFNER, chef de clinique chirurgicale, 1894.

Mme H..., 31 ans, 3 enfants.

Au mois de juillet dernier, après une aménorrhée de 2 mois, la malade a eu des pertes et a éprouvé des douleurs vives dans le ventre, qui ont duré environ 15 jours. Depuis cette époque, elle n'a plus été réglée.

Le 25 octobre, les pertes recommencent assez intenses, et le 29 elles s'arrêtent brusquement. On me fait appeler à cause de vives douleurs siégeant surtout dans le bas-ventre.

Etat actuel. — C'est une dame petite, anémique et nerveuse. L'abdomen n'est pas ballonné, mais très douloureux spontanément ainsi qu'à la pression dans les fosses iliaques et la région hypogastrique.

Ces douleurs rendent le palper très difficile et empêchent de s'assurer de l'existence ou non d'un plastron abdominal.

Au toucher, le col utérin est refoulé vers le sacrum, et dans le cul-de-sac antérieur très élargi, on sent une tumeur régulière, résis-

tante et douloureuse à la palpation bimanuelle qui ne permet pas de découvrir l'utérus. Pas de fièvre, T. 37°5 ; quelques vomissements, mictions fréquentes et douloureuses.

Comme médication : sirop de morphine et injections de sublimé. Le lendemain, légère amélioration. Le 2 novembre, les pertes recommencent sans autres modifications de phénomènes objectifs.

Le 4, les pertes s'arrêtent ; recrudescence des douleurs qui ne parviennent à être calmées que par des injections de morphine.

Dès le lendemain, j'assiste à des troubles digestifs ; digestions difficiles et douloureuses, coliques, constipation et selles douloureuses.

Vers le 10 novembre, la tumeur du cul-de-sac antérieur commence à diminuer, tout en laissant néanmoins les douleurs dominer la scène.

Le 14, selles boueuses ; elles gardent cet aspect jusqu'au 19 novembre.

Le 20, pus dans les selles jusqu'au 23.

A dater de ce jour, l'amélioration est manifeste ; le cul-de-sac antérieur est redevenu normal, le col a repris sa place.

Depuis décembre, l'amélioration a persisté.

Observation XXVI. — *Hématocèle anté-utérine.* — *Evacuation par le rectum.* — *Guérison sans intervention.* (Personnelle).

Clémence V., 24 ans. — Entrée le 12 octobre, 1894.

Réglée à 15 ans — irrégulièrement jusqu'à son mariage. Sans dysménorrhée pendant 5-6 semaines. Leucorrhée dans l'intervalle des règles.

Mariée à 21 ans. 2 enfants. Une fausse couche de 2 mois au début de son mariage. Le dernier enfant a 14 mois.

A eu son retour de couches, il y a 3 mois. Depuis, bien réglée.

Le 23 septembre, c'est-à-dire il y a 3 semaines, vers la fin de ses règles, à leur 4^e jour, après avoir passé la matinée à laver, pliée en avant, à genoux, elle rentre chez elle avec un frisson. Aussitôt au repos, elle perd abondamment ; pas d'état syncopal, pas de douleur dans le bas-ventre. Simple sensation de malaise et de froid avec métrorragie.

Elle ne s'alite que le surlendemain 25 septembre. Les pertes continuent jusqu'au 28 au matin. Comme traitement : injections chaudes. Poudre ergotine.

Les douleurs continuent ainsi que les métrorragies, sans ballonnement du ventre. Pendant 2 jours : état saburral et fièvre.

La semaine suivante, du 1^{er} au 9 octobre, la malade, toujours alitée, s'aperçoit qu'elle urine souvent. Elle est constipée, les douleurs continuent sans météorisme. Plus de fièvre.

Elle entre à l'hôpital (service de médecine) le 10 octobre. Elle perd un peu, en rouge comme d'habitude. Le ventre est ballonné. Elle vomit tout aliment.

Le 11, pertes, vomissements, température hyponormale.

Le 12, le ventre se ballonne davantage, les pertes semblent diminuer, température hyponormale.

Elle descend ce même jour du service de médecine, pour entrer en chirurgie, où nous la voyons.

Etat actuel. — La malade se plaint de coliques abdominales. La palpation du ventre est peu douloureuse, et ne donne la sensation d'aucun plastron. A la percussion, sonorité égale partout. Le toucher vaginal non douloureux permet de reconnaître une tumeur dure, non rénitente, dans le cul-de-sac antérieur ; le col fortement rejeté dans le cul-de-sac postérieur est court et non ramolli. La palpation bimanuelle ne permet point de limiter l'utérus qui garde encore une mobilité relative et donne l'impression qu'il est rejeté en masse dans le Douglas.

Comme état général, pas de hoquet, pas de facies grippé. Elle a vomi abondamment un liquide noir, bilieux, mais sans apparence fécaloïde. Pouls, petit et régulier, bat à 120 ; T., 36°5. Un lavement donné le matin n'a pas donné de résultat.

Cet état de péritonisme, sans signe bien particulier, fait écarter l'idée d'une obstruction, d'une compression, pour poser le diagnostic d'hématocèle anté-utérine.

On prescrit pour la journée : glace sur le ventre, lavement purgatif, champagne glacé.

A la contre-visite du soir, l'état général reste inquiétant : hypothermie, 3 hoquets.

Toniques pour la nuit, glace, bouillottes.

Le 13, 4 selles abondantes dans la nuit.

A 9 heures, matin, vomissements d'environ 300 gr. d'un liquide verdâtre, accompagné d'un lombric.

Hypothermie, pouls à 80, refroidissement des extrémités. Souplesse du ventre, malgré le ballonnement, — toucher rectal négatif, le toucher vaginal donnant la sensation d'un cul-de-sac antérieur plein, plus tendu que la veille, confirment dans le diagnostic d'hématocèle anté-utérine avec péritonisme généralisé.

Le 15, évacuations alvines impérieuses, couleur café au lait, claires et liquides.

D'autre part, le toucher du cul-de-sac antérieur est moins tendu, souple, non douloureux.

Le 16, dans la nuit, environ 20 selles qui gardent cette couleur café au lait. Le soir, état toujours apyrétique, 4 selles plus moulées dans la journée. L'abdomen reste ballonné, mou et peu douloureux, excepté vers la zone inférieure. Le toucher donne la sensation du cul-de-sac antérieur rénitent, non douloureux avec col situé dans le cul-de-sac postérieur.

Le 17, matin et soir, la malade a une selle à peine moulée, gardant la couleur des jours précédents.

Le 18, métrorragie.

3 lavements au permanganate de potasse afin d'aseptiser, si possible, le rectum, et éviter une infection d'origine rectale dans la poche pelvienne.

La malade va mieux : T., 37° ; polyurie ; le ventre reste tendu.

Le 20, rien à signaler, va mieux.

Polyurie, 3000 gr. d'une urine claire, citrin.

Le 22, selles normales. La malade se lève, ne ressent plus rien. Etat général excellent.

Exeat.

La malade revient le 15 novembre, se plaignant de nouveaux phénomènes péritonéaux, qui d'ailleurs ne persistent pas. Le toucher vaginal est négatif.

La malade, revenue depuis, différentes fois, dont la dernière le 15 février, est en excellente santé.

HÉMATOCÈLES LATÉRO-ANTÉRIEURES

Observation XXVII. — *Hématocèle latéro-antérieure.* — In *Nouv. Archives obst.*, 1893. — Observ. de Lebensbaun et Warsrawski.

Grossesse tubaire droite. Nullipare de 30 ans, a eu une paramétrite il y a 12 ans. Suppression des règles depuis 3 mois. La malade perd du sang depuis un certain temps ; une membrane s'est éliminée par le vagin.

État actuel. — Femme assez bien constituée. Utérus augmenté de volume repoussé par une tumeur immobile du volume d'une orange, occupant le cul-de-sac droit, une partie du cul-de-sac antérieur et réuni à l'utérus par un court pédicule. Il y a des battements dans cette tumeur. Cœliotomie. La tumeur était constituée par la trompe dilatée et hypertrophiée, couverte d'une quantité énorme d'ecchymoses, et contenant le placenta, ainsi que l'embryon au troisième mois de son développement. Au bout de quelques jours on constata une sécrétion fétide, muco-sanguinolente du vagin. La malade guérit.

Observation XXVIII. — *Hématocèle latéro-antérieure.* — In *Boston Medical*, 1893. — Observ. XXX de Cestan.

Femme de 35 ans, une fausse couche ; depuis, rétroversion et douleurs ; dernières règles le 28 mai 1892 ; le 7 juillet, douleurs vives dans le bas-ventre ; le 11, utérus fixe sans déviation ; trompe droite augmentée de volume ; les 16 et 19 juillet, nouvelles crises avec vomissements, la masse droite augmente, gagne la fosse iliaque et la partie antérieure de l'utérus.

Diagnostic. — Grossesse tubaire. Le 22, la laparotomie est décidée ; en allant à la salle d'opération, la malade sentit quelque chose de chaud dans son ventre.

Laparotomie. — Caillots et sang libre ; ablation des annexes droites ; drainage du Douglas. Guérison.

HÉMATOCÈLES SUPRA-UTÉRINES

Observation XXIX. — *Hématocèle supra-utérine.* — GUTTARD, in *Archives gén. méd.*, 1860, p. 681, t. XVI.

Une femme, actuellement âgée de 28 ans, n'a jamais été menstruée ni éprouvé aucun mal appréciable du côté des organes génitaux jusqu'à l'âge de 24 ans. Mais, à cette époque, nous dit M. Besnier, elle commença à ressentir des douleurs violentes dans les reins et surtout dans le bas-ventre, douleurs qui, après avoir cessé au bout de quelques jours, se renouvelèrent le mois suivant, et consécutivement d'une façon régulière jusqu'au mois de juin de l'année 1857. Il se faisait donc là un travail ayant un rapport évident, incontestable, avec une fonction physiologique. Quoi qu'il en soit, cette femme s'aperçut, dès les premiers jours, de la formation d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, qui devenait par instant plus ou moins saillante à la partie inférieure et droite de l'abdomen, mais qui malheureusement n'a pas été examinée avec un soin suffisant par la malade pour que nous puissions savoir si elle éprouvait des modifications quelconques au moment ou survenaient les douleurs mensuelles, que j'appellerai volontiers les douleurs menstruelles. Sur ces entrefaites survint une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle la tumeur augmenta de volume et s'accompagna de symptômes généraux tels, qu'il devint nécessaire d'intervenir. Les moyens médicaux les plus rationnels furent inutilement mis en usage, et sous l'imminence d'accidents nouveaux annonçant la production prochaine et inévitable d'une péritonite développée, soit par propagation de l'inflammation, soit par rupture du sac hémattique qui devenait de jour en jour plus tendu et plus volumineux, M. Huguier, d'accord en cela avec M. Barth, crut devoir évacuer le liquide à l'aide d'une ponction pratiquée sur l'abdomen. Il donna ainsi issue à une grande quantité de cette matière d'un brun noirâtre toute spéciale qui caractérise les collections sanguines, surtout celles du bassin ; mais des accidents généraux très intenses ne tardèrent pas à se développer et la poche avait, au bout de peu de jours, repris son

volume primitif par suite d'une nouvelle accumulation de liquide. Le très habile chirurgien de l'hôpital Beaujon avait bien eu l'idée de chercher à s'opposer à ce dernier inconvénient en pratiquant une contre-ouverture, à la partie inférieure du kyste sanguin à travers le vagin, et, dans ce but, il avait fait usage d'un trois-quart courbe, qu'il se proposait de faire ressortir par la cavité vaginale, après l'avoir introduit dans le foyer, à travers la paroi abdominale antérieure ; mais, au moment où il allait procéder à ce deuxième temps de l'opération, il s'aperçut que les parois du foyer, dans lequel il avait « pénétré avec son trois-quart courbe, se trouvaient revêtues presque « entièrement et par la vessie et par le rectum, de telle sorte qu'il lui sembla alors presque impossible de faire ressortir la pointe de son instrument par le vagin, sans s'exposer à traverser de part en part l'un ou l'autre de ces organes. Il se borna donc alors à la ponction par l'abdomen ; mais, quelques jours plus tard, lorsque la poche fut de nouveau distendue, il s'assura par un examen attentif et souvent répété, en ayant soin de combiner le cathétérisme de la vessie, tant avec le toucher vaginal et rectal qu'avec le palper hypogastrique, il s'assura, disons-nous, qu'entre le rectum et la vessie il existait dans une étendue de 2 cent. environ, une portion de sac en contact immédiat avec le vagin. C'est dans cet espace extrêmement étroit et limité de part et d'autre par des organes importants, qu'il se décida à porter l'instrument. Une telle opération qui de la part de toute autre personne, eût été d'une hardiesse et d'une témérité presque inexplicables, demandait pour être exécutée avec un plein succès, des mains extrêmement habiles et on ne peut plus expérimentées ; elle réussit à merveille entre celles de M. Huguier, qui parvint à vider complètement le kyste. Mais cette évacuation ne suffisait pas pour amener la guérison ; car après des alternatives de mieux et de pis, la malade succomba au bout d'un mois, emportée par une péritonite compliquée d'infection putride avec phlébite des veines de la partie supérieure du corps.

« A l'autopsie, on trouva une oblitération des trompes des deux « côtés avec kyste sanguin dans le pavillon et formation de plusieurs petits kystes, dont deux manifestement remplis par des caillots sanguins dans l'ovaire du côté gauche, qui était le moins malade, tandis qu'à droite, on n'apercevait de prime abord qu'une vaste poche gangrenée en partie et dont le siège n'avait pas pu être délimité par

M. Besnier qui se demandait si elle existait dans l'ovaire ou dans la trompe, car il n'avait pu retrouver ni l'un ni l'autre de ces deux organes. Mais je crois être parvenu, par un examen plus attentif, à « reconnaître qu'elle siégeait soit dans l'épaisseur du ligament large, « soit en avant de ce dernier, et dans la portion du péritoine située « entre l'utérus et la vessie. Et je me fonde dans cette manière de voir sur ce que j'ai vu supérieurement la paroi kystique plus épaisse qu'en tout autre point, et doublée par un corps aplati et allongé, qui ne présentait plus certainement la forme de l'ovaire, mais qui m'a paru en rappeler la structure et les connexions. Ce corps adhérait à l'utérus par un ligament plus mince que lui et très dense, il était seulement accolé au kyste et on pouvait très bien l'en séparer par la dissection ; enfin, en pratiquant plusieurs coupes sur son épaisseur, on rencontrait un tissu d'un gris bleuâtre, creusé de vacuoles assez nombreuses, dont les dimensions varient depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un très gros grain de chènevis, auxquelles une au moins atteignait. Cette dernière était remplie d'une sérosité visqueuse et filante. Du reste, que cette portion de la tumeur kystique fût ou non l'ovaire, ainsi que je le crois, peu importe, car ce n'est pas de ce côté qu'il faut étudier le mode d'évolution de la maladie. Les altérations pathologiques y sont beaucoup trop avancées pour cela ; c'est à gauche où elles sont plus récentes et surtout plus tranchées, qu'il faut, comme le fait remarquer très bien M. Besnier, les examiner si l'on veut se rendre compte du mécanisme de leur production.

Observation XXX. — *Hématocèle supra-utérine, due à rupture de grossesse tubaire* — *Laparotomie.* — Obs. de Grandville BANTOCK, In *Brit. Med. J.*, oct. 1888.

Femme de 26 ans, mère d'un enfant de 5 ans. Menstruation régulière, souvent douloureuse. Dernières règles du 10 au 13 mars. Un mois après, nausées matinales ; les 6 dernières semaines, douleurs dans l'aîne gauche et le bas-ventre ; le 18 juin, douleur violente. Trois jours après, on constate une tumeur adjacente à l'utérus et un écoulement sanguin. Laparotomie.

On trouve le ventre plein de sang et une grossesse tubaire gauche rompue ; fœtus en avant de l'utérus. Ligature du pédicule. Nettoyage de la cavité. Les annexes de l'autre côté, trouvées malades, sont enlevées ; drainage. Sortie le 24^e jour.

HÉMATOCÈLES TOTALES

Observation XXXI. — *Hématocèle intra et extra-péritonéale.* — *Grossesse extra-utérine.* — *Oblitération des deux trompes de Fallope.* — *Métrorragie.* — *Mort avec les signes d'une péritonite suraiguë.* Autopsie. — In LACOSTE, p. 42.

Le 3 septembre 1855, est entrée, salle Saint-Charles, n° 13, la nommée G., domestique, âgée de 32 ans.

Cette femme était habituellement bien réglée ; elle n'a qu'un enfant âgé de 9 ans. Veuve, elle a rompu son veuvage depuis 2 mois. Après un retard de 15 jours dans l'apparition des règles, elle a été prise, il y a trois semaines, d'une perte en rouge qui, pendant les 15 premiers jours, a été peu abondante. Cette perte a été si peu considérable et accompagnée de douleurs si peu intenses, que la malade ne fut pas obligée d'interrompre ses occupations. Il paraît que, dès le début, une douleur s'est fait sentir plus particulièrement dans le bas-ventre, du côté droit.

Vendredi dernier, 31 août, c'est-à-dire à l'époque où les règles auraient dû paraître, la perte augmenta beaucoup. Ce jour-là et les suivants, la perte a été très considérable ; il y a expulsion par la vulve d'une grande quantité de sang fluide et d'énormes caillots ; en outre, le ventre devient plus douloureux. Mais c'est surtout le 2 septembre que la malade a été prise d'une douleur très aiguë dans tout le bas-ventre, et principalement à droite. La malade compare les douleurs qu'elle éprouvait alors à celles qui précèdent l'accouchement. Les accidents augmentant, cette femme est entrée à l'hôpital le 3 septembre 1855.

Le lendemain, 4 septembre, on la trouva dans l'état suivant : face pâle, décolorée, comme dans l'anémie portée au plus haut degré ; yeux battus, ensemble des traits exprimant la souffrance. Le reste de la surface du corps est pâle, décoloré. L'intelligence de la malade est intacte ; ses réponses sont nettes et précises. Elle nous dit qu'en raison du retard survenu dans ses règles, elle croit avoir fait une fausse couche, mais elle n'a rien aperçu qui ressemblât à un fœtus dans les matières expulsées par la vulve.

La malade se plaint principalement de son ventre ; c'est à cette région qu'elle rapporte toutes ses souffrances, tout en répétant que le côté droit la fait souffrir plus que le gauche. Le ventre est augmenté de volume, il est tendu partout, mais surtout en bas ; le côté gauche est un peu moins volumineux que le droit ; mais la différence que nous signalons aujourd'hui est moins appréciable qu'elle ne l'était pour la malade il y a plusieurs jours. Toutefois, la pression est sensiblement plus douloureuse à droite qu'à gauche.

Tout le ventre est douloureux à la plus légère pression, comme dans la péritonite aiguë, mais il l'est beaucoup plus en bas qu'en haut. La percussion de l'abdomen, pratiquée avec mesure, rend un son clair, dans les deux tiers supérieurs, et elle donne un son moins clair dans le tiers inférieur ; au-dessus du pubis, il y a même une matité complète.

Toucher. — Le toucher vaginal est très douloureux ; le col de l'utérus est entr'ouvert ; il admet facilement l'extrémité du doigt indicateur, qui pénètre jusqu'à la cavité du col ; celui-ci, dirigé d'avant « en arrière, est refoulé en avant et un peu abaissé. L'utérus tout « entier est incliné plus à gauche qu'à droite. La partie supérieure du « corps n'est pas sentie au-dessus du pubis, on ne peut l'explorer à « cause de la douleur accusée par la malade. En résumé, l'utérus est « légèrement abaissé et son col un peu refoulé en avant, derrière le « pubis. Le col fait peu de saillie dans le vagin. A droite et en arrière existe une grosseur énorme, qui refoule l'utérus en avant et à gauche.

« Le cul-de-sac vaginal postérieur est refoulé en bas par la « tumeur ; celle-ci est fluctuante et elle contourne à gauche, en arrière « et à droite. La tumeur, tout à fait à droite, est plus résistante, moins fluctuante ; l'exploration de cette région est très douloureuse, ce qui s'oppose à un examen plus approfondi de l'utérus et des parties qui l'entourent.

Le toucher rectal est douloureux, le doigt peut sentir l'énorme tumeur qui contourne l'utérus et remplit la cavité pelvienne ; on constate ainsi de nouveau une fluctuation manifeste.

Etat général. — Soif vive, perte d'appétit, nausées, vomissements, selles douloureuses, miction très difficile et très douloureuse.

Dans la journée, la malade ne pouvant plus uriner, on pratique le cathétérisme, qui est très difficile à cause de la compression de l'urèthre et de la déviation de l'orifice externe, caché et aplati par les replis de la paroi antérieure du vagin. — Pouls très fréquent, 145, petit, abdominal. — Respiration gênée. — Grande prostration; menace de syncope. La malade a dans l'aîne droite une tumeur du volume d'un œuf de poule dont elle s'est aperçue il y a deux ans.

« M. Monal diagnostique une tumeur sanguine pelvienne intra et
« extra-péritonéale, s'accompagnant probablement de grossesse extra-
« utérine.

Traitement. — Sinapismes, maniluves, glace, eau de seltz, cataplasmes laudanisés presque froids. M. Monal, pensant que l'épanchement sanguin s'était fait jour dans la cavité péritonéale, s'abstient de faire la ponction.

5 septembre. — L'état de la malade s'est aggravé; sa face est abattue, ses yeux enfoncés et entourés d'un cercle brun foncé; le pouls est à 160, il est petit, misérable, filiforme.

6 septembre. — La malade meurt à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — L'autopsie se fit 48 heures après la mort. L'abdomen ouvert, les intestins apparaissent remplis de gaz et refoulés vers la partie supérieure de l'abdomen. Matières fécales moulées vers la fin du côlon descendant, dans l'S iliaque. Dans la cavité péritonéale, au-dessus du bassin et des organes qui y sont contenus, on trouve environ 3 ou 4 verres de sang noir liquide. Nous enlevons les intestins, à l'exception de l'S iliaque et du rectum; alors, nous constatons que les organes, contenus dans l'excavation pelvienne, sont unis aux parois antérieures et postérieures de l'abdomen, immédiatement au-dessus du détroit supérieur du bassin, par des caillots sanguins, abondants, noirâtres, dont quelques-uns, plus blancs, sont fibrineux. Ces caillots réunissent entre elles ces parties par des adhérences faciles à vaincre et qui, rompues, permettent de constater, dans la cavité péritonéale du « bassin, la présence d'abondants caillots sanguins. Les caillots, « contenus dans le cul-de-sac vésico-utérin, sont moins nombreux « que ceux qui sont situés en arrière de l'utérus et qui refoulent en « avant le col de cet organe.

Tous les caillots réunis, dont le poids peut être évalué à 750 gr.,

sont enlevés, et l'on aperçoit à droite de l'utérus, au niveau de l'aileron postérieur, mais un peu en avant, une tumeur ovoïde recouverte par le péritoine du ligament large du même côté. Cette tumeur est d'un rouge brun ; elle est en dehors de la cavité péritonéale, dans l'épaisseur du ligament large droit. Elle paraît constituée par une masse sanguine ; nous enlevons alors tous les viscères du petit bassin, en détachant la symphise et en décollant avec le plus grand soin tout le péritoine qui tapisse le petit bassin. La pièce ainsi enlevée et lavée, nous procédons à une dissection plus attentive. L'utérus, dont nous avons pris toutes les dimensions, est plus volumineux qu'à l'état normal ; sa cavité est augmentée, ne contient pas de caillots et présente une couleur jaunâtre sans trace d'infection. Les orifices du col sont dilatés.

Au niveau du bord supérieur de l'utérus, sont des caillots qui se réunissent à l'S iliaque ; ils sont assez adhérents et au même point existent de fausses membranes fines, surtout au niveau de l'insertion de la trompe gauche à l'utérus.

On ne remarque rien du côté des ligaments ronds.

A gauche, au niveau de l'aileron postérieur du ligament large du même côté, paraît une tumeur que nous prenons pour l'ovaire, qui paraît être très mou.

A droite, au niveau de la trompe, existent des caillots qui se dirigent vers la région ovarique. Cette région est occupée par une tumeur énorme, ovoïde, demi-fluctuante, verticalement dirigée, laquelle, vue en place par la partie supérieure du bassin, se présente par sa grosse extrémité ; c'est elle qui forme cette masse d'apparence sanguine que nous avons déjà signalée.

Son extrémité supérieure est tapissée par le péritoine du ligament large ; sa face antérieure est plus bombée que la postérieure ; sur cette face, à la jonction de ses 2 tiers supérieurs avec son tiers inférieur, est un sillon oblique en bas et en dehors qui sépare la tumeur en deux portions d'aspect différent ; la supérieure lisse, recouverte par le péritoine et quelques fausses membranes adhérentes à ces caillots ; l'inférieure, constituée par du sang noir coagulé, qu'on aperçoit à nu. Au point de jonction de ces deux portions, sont des fausses membranes allant de l'une à l'autre. En arrière, cette tumeur est plus aplatie, plus irrégulière, plus sillonnée de fausses membranes et de

caillots adhérents, dont quelques-uns fibrineux, d'un blanc rougeâtre, flottent en manière d'appendices.

Le poids de cette tumeur est évalué à environ 400 gr.

Les dimensions sont les suivantes :

Grand diamètre ou vertical, 0,12.

Diamètre transversal, 0,065.

Circonférence, 0,18.

Dans le cul-de-sac recto-vaginal se trouvaient des caillots déjà mentionnés. On remarque, en outre, à sa partie postérieure, au niveau du péritoine qui revêt la face antérieure du rectum, deux taches brunâtres allongées transversalement. L'une de ces taches est au fond du cul-de-sac, l'autre à trois centimètres au-dessus de la première. La dissection du rectum nous a montré que ces taches, d'abord prises pour des ecchymoses, ne sont que le résultat de l'imbibition.

A gauche, au fond du cul-de-sac recto-utérin, le péritoine que forme la lame postérieure du ligament large, présente une perforation arrondie, permettant l'introduction de l'index et indiquant une communication entre le cul-de-sac recto-vaginal et le tissu cellulaire qui sépare les lames péritonéales du ligament large gauche.

Nous cherchons à sonder les trompes à l'aide d'un stylet de trousse ; il nous est complètement impossible de pénétrer dans leur cavité. Nous les coupons transversalement, à 1 centimètre de leur insertion à l'utérus et nous cherchons à pénétrer : même impossibilité. Alors, nous les sondons à l'aide d'une longue épingle à suture, fixée par une pince et présentée du côté de la tête vers l'orifice de la trompe. Cette épingle pénètre bien jusqu'au niveau du pavillon des trompes, mais, de chaque côté, à ce niveau, elle est arrêtée complètement. A gauche, là où l'épingle ne peut plus pénétrer, nous remarquons une tumeur à peu près grosse comme une noix, laquelle est fluctuante. Après l'avoir incisée, nous reconnaissons en ce point l'existence de deux petits kystes communiquant entre eux par une ouverture étroite. Le liquide qu'ils contiennent est rouge-brun ; c'est un mélange de sang et de mucus. La surface interne de ces kystes, lavée, est tapissée par une membrane tout à fait semblable à une muqueuse, laquelle obture l'orifice ovarique de la trompe.

C'est cette tumeur molle que nous prenions pour l'ovaire gauche,

que nous supposions ramolli. Quant à cet ovaire, il est en arrière et plus bas ; dans sa partie non recouverte de péritoine à l'état normal, nous le trouvons également privé d'albuginée ; les granduleux apparaissent à nu et tiennent, par des filaments fibrineux, à des caillots, lesquels communiquent avec le sang contenu dans le cul-de-sac recto-vaginal, à travers l'ouverture signalée précédemment au péritoine et qui est située au fond du cul-de-sac, c'est à-dire à près de 5 centimètres de l'ovaire.

Le sang a eu pour source l'ovaire à l'époque d'une ponte. A droite, même obstacle au cathétérisme, au niveau du pavillon de la trompe de ce côté. Ici, existe encore un petit kyste peu développé, sans communication avec l'ovaire, lequel, situé en arrière, paraît sain. La grosse tumeur n'a de communication ni avec l'ovaire, ni avec le kyste. Si elle a communiqué primitivement, ce qui n'est pas douteux, toute trace de cette communication a disparu. Ainsi notre malade, dont les 2 trompes étaient oblitérées, a eu néanmoins une métrorragie abondante, ce qui prouve que la muqueuse utérine a été le siège de cette hémorragie.

La pièce est laissée quinze jours dans l'alcool, la grosse tumeur s'est séparée des feuillets du ligament large droit, dans l'épaisseur desquels elle était fixée et comme enkystée ; elle a beaucoup diminué de volume, une grande partie du sang qui la constituait s'étant dissous dans l'alcool. Ouverte alors suivant son grand diamètre, on voit qu'extérieurement elle est formée de caillots consistants, formant une coque qui englobe une tumeur liquide, semblable à un œuf, laquelle se présente sous l'aspect d'une masse brunâtre, allongée parallèlement au grand axe de la tumeur. Cette masse liquide est entourée d'une membrane pellucide, transparente, excessivement mince, occupant, par sa face externe, quelques petits prolongements dans l'épaisseur des caillots fibrineux qui l'englobent. Incisée, cette membrane laisse sortir une petite quantité de sang noirâtre, très fluide, et bientôt on aperçoit dans sa cavité un fœtus de très petite dimension, dont la tête, les bras, le tronc, se distinguent très bien. Les membres abdominaux sont à l'état d'appendices excessivement courts.

Quant à la tumeur de l'aîne droite, elle est fibreuse et n'offre aucun rapport avec les collections sanguines signalées à l'intérieur du bassin.

Observation XXXII. — *Hématomes péri-utérins.* — Observ. XX de JOUSSET, due à FERBER, in *Thèse de Rodet*, Paris, 1880, p. 16.

Le 5 janvier 1862, entre à l'hôpital de Lubeck, J. B..., âgée de 38 ans, veuve, n'ayant eu qu'un enfant venu dans de bonnes conditions. La santé de cette femme avait été habituellement assez mauvaise ; cependant, ce n'est que depuis six mois qu'elle a ressenti des douleurs d'estomac et qu'elle a eu des hématomés, que les résultats de l'autopsie permettent d'attribuer à un ulcère simple de la petite courbure de l'estomac. La menstruation établie à quatorze ans et qui était normale, si ce n'est qu'elle était suivie depuis assez longtemps de fleurs blanches, a cessé de se produire au mois d'août dernier, lorsque cette femme était déjà malade depuis plusieurs mois. Malheureusement, l'auteur de l'observation n'a pas cherché à déterminer à quelle phase de la maladie a correspondu la cessation des règles.

Cette femme raconte qu'elle a été prise au mois de mai 1861 d'une diarrhée assez rebelle, dont elle était convalescente depuis quelques jours seulement, lorsqu'elle fut affectée d'une pleurésie droite qui suivit son cours normal et qui fut bientôt remplacée par une strangurie intense accompagnée d'une diarrhée intermittente, de coliques et de vomissements. Elle s'alita, s'amaigrit de plus en plus, en proie à un mouvement fébrile (le pouls variant de 88 à 100), qui s'accompagnait de sueurs nocturnes très abondantes. Elle est en traitement depuis trois mois.

A son entrée à l'hôpital, cette malade profondément amaigrie, d'un aspect cachectique se plaint de douleurs très vives dans le ventre quand elle a fait le moindre mouvement ; elle ne peut supporter que le décubitus dorsal, elle dort peu, mais elle n'a pas de céphalalgie. Le ventre est ballonné, cependant la palpation abdominale, que rend très difficile la douleur qu'elle suscite, ne présente rien d'anormal. L'exploration vaginale n'a pas été faite. Bon appétit, soif intense, regurgitations, les selles irrégulières, non diarrhéiques dans ces derniers temps, contiennent du mucus de couleur brunâtre. La miction est douloureuse, les urines troubles, jaunes, contiennent de la graisse et de l'épithélium vésinal. L'exploration de la poitrine faite avec le plus grand soin permet de reconnaître les signes d'une tuberculisation au premier degré, bien que la malade ne tousse pas ; 25 respirations ;

rien du côté du cœur ; 92 pulsations, peau molle, température normale, sueurs profuses la nuit.

Marche de la maladie. — Le traitement, consistant en potions opaciées et cataplasmes sur le ventre, ne diminue que faiblement les douleurs abdominales et celles de la miction. Les selles d'égale quantité, d'abord en forme de purée, étaient ensuite en masses moulées. La malade, sous l'influence du progrès de la phtisie pulmonaire va s'affaiblissant de plus en plus et meurt le 4 mars au milieu d'une dyspnée intense.

Autopsie. — Adhérences au sommet des poumons. Au niveau, le tissu pulmonaire coloré en noir et rempli de cavernes autour desquelles il y a de l'infiltration tuberculeuse. Sur la petite courbure de l'estomac, les couches muqueuses et séreuses présentent des cicatrices étoilées. Dans le tube intestinal et particulièrement au cæcum on trouve des abcès tuberculeux ; dans la partie inférieure de la cavité abdominale il y a un liquide trouble, séreux et sanguinolent, qui remplit surtout le bassin. La péritonie viscérale est tachetée et présente des lignes épaisses de couleur noirâtre.

« A la partie antérieure et postérieure et même jusqu'au fond de
« l'utérus on a trouvé une tumeur sanguine adhérente ayant une
« couleur à la fois rouge et jaunâtre. A un examen plus minutieux,
« des tumeurs sanguines, placées en avant et en arrière de l'utérus se
« laissent détacher en lamelles isolées entre lesquelles se trouvaient
« des débris de sang à différents degrés de transformation. Sur les
côtés de la tumeur et couchées sur la séreuse on trouvait des fausses
membranes de diverses grandeurs. Celles-ci laissaient voir entre elles
des masses sanguines, comme celles qui étaient interposées aux
lamelles néo-membraneuses adhérentes à l'utérus ; les fausses membranes étaient, en outre, entourées d'un réseau capillaire.

L'utérus porté en avant a 0,10 de hauteur, 0,942 de largeur ; il est vide, le col est rougeâtre et violet, derrière l'utérus on voit l'ovaire gauche ayant la grosseur d'une pomme, qui est rempli d'un liquide très clair ; la surface présente quelques dépressions et des taches pigmentaires. La trompe correspondante mesurait 0,11 et était normale. La droite, de 0,69 de longueur, adhérait par son milieu à l'ovaire droit, qui était lisse, un peu pâle. La vessie contractée retient une assez grande quantité d'urine trouble. La muqueuse est hyperhémisée.

Observation XXXIII. — *Hématocèle intra-péritonéale totale. — Terminaison par suppuration. — Ouverture de l'abcès par la paroi abdominale antérieure à l'aide des caustiques. — Guérison.* — (Observation de POINSOT de Bordeaux, in *Poncet*, p. 155).

Rose C..., âgée de 19 ans, femme de chambre, entrée le 4 juin 1872, à l'hôpital St-André, salle CA.

Mariée depuis 8 jours, elle a vu ses règles apparaître cinq jours après. Cette circonstance n'empêche nullement les rapports conjugaux ; une nuit, les règles se supprimèrent et la malade fut prise dès le matin de douleurs excessivement intenses dans le bas-ventre. Elle eut des nausées, quelques vomissements bilieux. Le ventre se tuméfia, la face devint grippée et le pouls fréquent et petit.

Au moment de l'entrée, ces accidents persistent avec une grande acuité. Les vomissements sont fréquents, la face est très altérée, pouls à 110. Le toucher vaginal fait reconnaître un effacement « des culs de-sac utéro-vaginaux ; la matrice semble enlacée dans « une tumeur d'une consistance très ferme.

Sous l'influence d'émissions sanguines locales, suivies de l'application de plusieurs vésicatoires, la tuméfaction abdominale se limite à l'hypogastre. En même temps, une réaction fébrile assez vive s'établit, et on ne tarde pas à constater par le toucher vaginal un ramollissement notable de la tumeur péri-utérine. La paroi abdominale devient œdémateuse, empâtée, puis rougit et présente une certaine tension.

L'ouverture de la tumeur en ce point, à l'aide de caustique, fut alors décidée, et une application de poudre de Vienne fut faite le 22 juin. Cette application dut être répétée plusieurs fois, avant d'arriver dans l'intérieur de l'abcès. Celui-ci fournit un demi-litre d'un pus brun rougeâtre, auxquels étaient mêlés des débris de caillots.

Des injections détersives à l'alcool furent faites dans la poche.

La suppuration continua jusque vers la fin de juillet ; dans cet intervalle, l'état général de la malade s'était grandement amélioré, et déjà elle avait repris quelques forces et un peu de son embonpoint primitif.

Le 3 août, l'orifice de la paroi abdominale était entièrement fermé et la malade sortait guérie le 20 du même mois.

Observation XXXIV. — *Hématocèle péri-utérine. — Névralgie ovarienne avec irradiations. — Suppuration de l'hématocèle. — Ouverture spontanée par le vagin. — Persistance des crises douloureuses. — Mort.* — Observ. d'OLLIER, in Figari, p. 72.

Mme X .., 34 ans, a eu un enfant il y a 13 ans, et une fausse couche un an après. Depuis cette époque, elle a souffert de la matrice et a été soignée par M. Isambert.

M. Ollier l'examina pour la première fois au mois de juillet 1877, et constata les symptômes suivants :

Tuméfaction générale de l'utérus, avec sensibilité à la pression au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur. Utérus en légère rétroversion. Rien au col. Douleurs sous-pubiennes spontanées à la pression. Tuméfaction très marquée du segment antérieur du corps, envies fréquentes d'uriner. M. Ollier diagnostique une métrite ancienne avec fibrôme commençant dans le segment antérieur de l'organe. Les règles étaient abondantes, accompagnées de douleurs et reparaissaient généralement au sixième jour, après un arrêt de deux jours.

Le 31 octobre 1877, Mme X..., éprouva au moment de l'époque menstruelle, des douleurs plus vives qu'à l'ordinaire ; elle se mit en route cependant, malgré l'avis formel de son médecin, pour se rendre à Lyon le 31 octobre. Le chemin de fer fut très bien supporté et sans douleurs, mais le trajet en voiture de la gare à son domicile fit naître des souffrances vives, insolites, qui forcèrent la malade à se mettre au lit immédiatement. Les règles ne reparurent pas.

Les douleurs continuèrent et deux jours après, quand M. Ollier vit la malade, il constata dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une tumeur grosse comme un œuf, douloureuse, assez consistante, mais assez dépressible cependant, et ne donnant pas la sensation du tissu utérin. Cette tumeur s'accrut les jours suivants et acquit le volume du poing.

La malade était alors sous l'influence d'une bronchite persistante, accompagnée de mouvements fébriles. et on ne put songer aux applications de glace pour arrêter le développement de la tumeur. Il y eut pendant quelques jours des douleurs profondes, qui purent faire craindre un foyer de suppuration. Quelques applications de sangsues les calmèrent, au bout de 15 à 20 jours de traitement. Les souffrances

furent moindres, et quand les règles arrivèrent, la malade perdit comme d'habitude assez abondamment. On vit quelques caillots dans les linges.

A partir de ce moment, les douleurs, qui avaient déjà pris du reste le caractère névralgique, le conservèrent avec une ténacité désespérante.

Douleurs atroces que rien ne pouvait calmer, si ce n'est au début des injections de morphine. Ces douleurs revenaient deux fois par jour à des heures presque fixes, et elles se prolongeaient de plus en plus, de manière à durer presque tout le jour et une grande partie de la nuit.

A partir de ce moment, les douleurs qui occupaient la région ovarienne droite, et plus particulièrement le pli de l'aîne et le tiers interne de ce pli, puis qui s'irradiaient d'abord jusque dans le milieu de la cuisse et s'étendaient au genou et même au talon, passèrent à gauche en abandonnant complètement le côté droit. Pendant quatre mois, elles occupèrent ce nouveau siège. En même temps, la tumeur sanguine intra-pelvienne augmenta ainsi que la tumeur sus-pubienne. On sentait par le toucher vaginal, à gauche de la première tumeur, une autre masse plus élevée, et plus difficile à atteindre que la première. La tumeur sus-pubienne augmenta, arriva jusqu'à l'ombilic, et on se demandait si elle était le résultat d'un corps fibreux ou d'une accumulation de sang qui serait venue se collecter en avant. La sensibilité du ventre ne permettait pas de faire un examen complet et de se rendre compte des limites de la tumeur. L'utérus était englobé dans les tumeurs qui s'étaient formées autour de lui. Le toucher vaginal était très douloureux ; la mensuration du diamètre de l'utérus donnait 7 cent. $\frac{3}{4}$.

Pendant 3 mois, l'état semble rester stationnaire ; la tumeur n'allait ni en augmentant ni en diminuant, malgré tous les moyens : vésicatoires multiples, applications iodées, frictions mercurielles, électricité à jet continu, etc.

Après 4 mois de cet état, la tumeur diminua assez sensiblement pour permettre un instant d'espérer la résorption ; mais les douleurs continuèrent, revenant avec une régularité que la quinine ne parvenait pas à troubler. Les calmants, sous toutes les formes, étaient impuissants ou mal tolérés. La morphine, administrée à la dose de 7 à 8 cen-

tigrammes par jour en injections hypodermiques, ne parvenaient pas à adoucir les douleurs, si bien qu'elles avaient fini par durer toute la journée et toute la nuit ; et le sommeil devenait de plus en plus rare. Pendant 4 mois, jamais de frissons, fièvre à peine appréciable, pas de vomissements. Les douleurs étaient exaspérées par les seuls mouvements de la malade, et surtout par l'action d'aller à la selle. Les efforts pour amener les fèces étaient considérables ; outre la constipation habituelle, la malade sentait une pesanteur du périnée, produite par la pression de la tumeur sur le rectum, pression qui donnait de fausses envies de défécation.

Le moindre effort de la malade, le plus léger mouvement, réveillaient les douleurs. Elles partaient de la région ovarienne et allaient du pli de l'aîne au talon, en suivant les ramifications du nerf crural et sciatique. L'état de la malade fut celui que nous venons de décrire jusqu'au 3 mai.

Les règles qui étaient passées depuis 5 jours, reparurent, s'accompagnant de symptômes qui firent diagnostiquer un nouvel épanchement sanguin. Pouls petit, sueurs, frissons, ballonnement du ventre. Les vomissements se manifestèrent bientôt. Sensibilité extrême du vagin. On découvre une tumeur nouvelle dans la fosse iliaque droite où la douleur s'est du reste localisée. Après trois ou quatre jours les douleurs lancinantes deviennent plus profondes dans le cul-de-sac postérieur. La tumeur augmente, acquiert un volume double, et remplit le petit bassin. L'état local et général fait redouter la formation d'un foyer purulent, dont les symptômes s'accusent de plus en plus.

La malade fut examinée à ce moment par MM. Ollier, Bouchacourt, Lacour, Viennois ; mais les douleurs étaient tellement vives qu'on dut avoir recours à l'anesthésie.

M. Ollier se disposait à pratiquer la ponction, quand, pendant la nuit qui suivit, les symptômes s'amendèrent subitement, et une grande quantité de pus fut rendue pendant un effort de défécation.

L'amélioration ne fut pas de longue durée ; ce fut surtout le troisième jour que l'écoulement du pus fut abondant par l'ouverture dans le vagin.

Depuis ce moment, les douleurs ont un peu diminué d'intensité ; mais elles persistèrent d'une manière constante avec des redoublements paraissant deux fois, puis trois fois et quatre fois par jour.

Malgré les souffrances et l'insomnie qu'elles déterminaient, l'état de la malade était resté encore satisfaisant ; mais, depuis un mois, il s'est aggravé et la fièvre hectique s'accroît chaque jour (8 juin 1878).

(Thèse PONCET, obs. communiquée par M. le professeur OLLIER).

Novembre 1884. — Nous avons prié M. le professeur Ollier de vouloir bien nous donner quelques renseignements sur la suite de cette observation, et l'issue de la maladie.

Nous remercions vivement l'éminent professeur de l'accueil fait à notre demande et du complément d'observation qu'il nous a communiqué.

La malade est morte à Nice, un an après (1879). Il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, car pendant plusieurs mois, de juin à novembre 1878, les accidents ont paru s'amender beaucoup ; la malade avait pris de l'embonpoint et ne perdait que de temps en temps un peu de pus par l'anus. Elle n'avait pas recouvré la facilité de la marche, mais ne souffrait nullement, à la condition toutefois de rester tranquille. L'hiver suivant, elle fut reprise de douleurs dues à la rétention du pus ; ces douleurs cédaient après l'évacuation de l'abcès. La dernière fois que les douleurs reparurent, elles furent très intenses, et s'accompagnèrent d'une péritonite qui enleva la malade en vingt-quatre heures, probablement à la suite d'une rupture intra-péritonéale de la poche purulente.

Depuis le mois de juin 1878, M. le professeur Ollier n'avait vu la malade que deux fois avant son départ pour Nice.

CONCLUSIONS

L'hématocèle anté-utérine ne semble tenir qu'à une cause: à la substitution physiologique du cul-de-sac vésico-utérin au Douglas, que l'utérus soit fixe ou mobile. Toutes les autres causes ne sont que secondaires.

Sa pathogénie est la même que celle de l'hématocèle rétro-utérine; mais les dispositions des annexes et de l'utérus sont changées. Elle dépend de la position de cet organe, de la tendance au prolapsus, des adhérences pathologiques en arrière, des ruptures en avant.

Son traitement a les mêmes indications que toute autre variété d'hématocèle. Selon les cas elle est justiciable de la laparotomie ou de l'élytrotomie antérieure:

Laparotomie pour les épanchements considérables supposés dépendants de la rupture d'une grossesse tubaire ou pour ceux menaçant à brève échéance l'existence de la malade.

Laparotomie sous-péritonéale pour les épanchements qui ont de la tendance à se porter vers les côtés, pour les hématomes, pour les hématocèles supra-utérines.

L'élytrotomie antérieure dans les cas où l'épanchement est petit, et dépassant peu le pubis, pour les cas qui ne sortent pas des limites du pelvis.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 18 avril 1895.

F. GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 18 avril 1895.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales de gynécologie*. 1876-1895.
Archives d'obstétrique et gynécologie.
Archives de tocologie.
Archives générales de médecine, 1860-1895.
AUVARD. — *Traité de gynécologie*.
Archiw. f. gynæk., 1873-1895.
APOSTOLI. — *Semaine médicale*, 1835. — *Revue Suisse Romande*, 1855, p. 691.
ABBOT. — *Northwest Lancet Saint-Paul*, 1892.
Annales hygiène publique, août, 1891. — De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal.
Appendicites. *Montréal M. J.*, 1893.
Annales de l'institut Sainte-Anne, avril 1895, Bruxelles.
- Bordeaux médical*.
Bull. Soc. An. Paris, 1854-1895.
BERNUTZ ET GOUPIL. — *Cl. méd.*, 1860.
BILFINGER. — *Diss. inaug.* Tubingen, 1872.
BRAUN. — *Wiener M. Wochenschr.*, 1872.
BERNUTZ. — Art. hématocele. *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*, 1873.
BARNES. — *Traité Mal. des femmes*, 1876.
Berliner Kl. Woch., 1882-1890.
BOUILLY. — *Manuel path.*, ext. 1886.
BYFORD. — *Am. J. obst.*, nov. 1886.
BERNUTZ. — *Conférences sur les maladies des femmes*, 1888.
BYRNE. — *Dublin*, 1888.
BARTH. — *Gaz. méd.*, Paris, 1890.
BOUILLY. — *Bull. Soc. chirurgie*, 1890, p. 500.

- BRODIER. — *Bull. Soc. An. Paris*, 1890.
- BULA LAFONT. — Th. Bordeaux, 1891.
- Bulletin Soc. chirurgie*, 8 avril 1891 (Reynier, Pozzi, Routier, Schwartz).
- BINAUD. — Th. Bordeaux, 1892. De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale.
- BOISLEUX. — Rép. obst. *Nouv. Archives Obst.*, 1892, p. 197. — De l'élytrotomie interligamentaire, mém. inédit, Paris, 1892. — *Clinique française*, 1891-92-93. — De la pelvi-péritonite chronique et aiguë, mémoire, 93.
- BUREAU. — *Sem. méd.*, Paris, 1892.
- BURAUD. — Th. Paris, 1892.
- BIGGS. — Diagnostic après la rupture. M. Standchina, 1892.
- BONNET ET PETIT. — Traité pratique de gynécologie, 1894.
- CHASSAIGNAC. — Tr. suppur., t. II, p. 463.
- Centralblatt für gynækologie*.
- CORNIL ET TERRILLON. — *Arch. de phys.*, 1887.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus.
- CORNIL. — *An. path. des métrites*, Paris, 1889.
- COULOM. — Th. Bordeaux, 1890. Contribution à l'étude de l'hématosalpinx.
- CHARPY. — De la structure des ligaments larges et de leur abcès, p. 166. — Etudes d'anatomie appliquée, Paris, 1892. Baillière.
- CABOT. — *Boston M.*, 1893.
- CONDAMIN. — *Archives de tocologie*, février 1895.
- DUMONTPALLIER. — *Ann. gyn.*, 1878.
- DUBOUSQUET. — Th. Paris, 1883.
- DEMANGE. — *Revue méd. Est*, 1889.
- DAGOT. — Th. Paris, 1890, Nature de quelques hématosalpinx.
- DOLERIS. — *Nouv. Arch. obst. et gyn.*, 1891-1894. — *Bull. Soc. obst.*, 1890.
- DOLERIS. — *Nouv. Archives Obst. et Gyn.*, janvier 1895.
- DORAU. — Apoplexie de l'ovaire, *Sem. méd.*, 1890.
- DUPLAY. — Tr. path. externe, VII, 1890.
- DELBET. — Tr. des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.

DUPLAY. — *Union méd.*, 1892, p. 3.

DIBOT. — Th. Paris, 1895.

EMMET. — La pratique des maladies des femmes, 1887.

EDIS. — *Br. med. J.*, 1891.

FIGARI. — Th. Montpellier, 1884.

FRITSCH. — Die krankheiten der Frauen, 3^e Auflage, 1886, p. 376.

Gazette des hôpitaux.

Gazette hebdomadaire, 1886-1890.

Gazette méd. de Paris.

Gazette hebd. de Bordeaux, 1893.

GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1873.

GUYOT. — Th. Paris, 1879. Hémorragies péri-utérines survenant dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

GUÉMES. — Th. Paris, 1888. De l'hématosalpingite.

GOUILLOUD. — *Archives tocologie*, 1891.

GILCHRIST. — Th. Paris, 1891. Traitement de la grossesse extra-utérine.

GROSS-ROHMER-VAUTRIN. — Nouveaux éléments de pathologie, 1893.

GAUTHIER. — Th. Paris, 1893. Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire.

GOBILLOT. — Th. Paris, 1894,

HOLCK. — Inaug. Diss. Berlin, 1886.

HERVOT. — Th. Paris, 1837.

HOLMANN DE VILERS. — Th. Paris, 1891.

HERGOTT. — *Revue méd. de l'Est*, 1892.

HARRIS. — Th. Paris, 1892.

HALLIDAY CROOM. — In *Revue thérapeutique*, 1895.

JOUSSET. — Th. Paris, 1883.

JORDAN. — Est-il possible de localiser une grossesse extra-utérine compliquée de rupture ? Budapest, 1891,

JOVIN. — Th. Paris, 1892.

JOVIN. — Grossesse extra-utérine tubaire. — In *Revue génér. de l'antisepsie*, Paris, 1892.

- KUHN. — Blutergüsse in die breiten Mutterbänder. — Zurich, 1874.
KIRMISSON. — *Soc. de gynécologie*, 1888.
KELLER. — *Centr. f. gyn.*, 1889. — *Zeitschr. für geb. und gyn.*, 1891.
KLEIN. — *Zeitschr. für geb. und gyn.*, 1891.

Lyon médical, 1879-1895.

LABOULBÈNE. — *Gaz. Hôp.*, 1875.

LEROUX. — *Archiv. de tocologie*, 1877.

LACOSTE. — Th. Montpellier, 1877.

LAROYENNE. — *Lyon médical*, 1882, p. 51. — *Archiv. de tocologie*, 1889.

LAWSON TAIT. — Maladie des ovaires, 1883. — *British méd.*, 1885-1890. — *Lancet*, 1886-89. — Traité clinique des maladies des femmes. Leçons sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne, 1888.

LE DENTU. — *Gaz. Hôp.*, 1891. — *Gaz. méd.*, Paris, 1891.

LE BEC. — *France médicale*, 1892. — *Clinique française*, 1891. — *Archives de tocologie*, 1892.

LANDAU. — Des salpingites, Bruxelles, 1892.

LORIDANT. — Th. Paris, 1893.

Mercredi médical.

MELON, — Th. Bordeaux, 1888. Traitement de l'hématocèle par l'incision vaginale.

MONTPROFIT. — Th. Paris, 1888.

MAYGRIER. — Th. Agrégation,

MARTIN. — Traité des maladies des femmes, Paris, 1889.

MORIGNY. — Th. Paris, 1890. Hématocèle rétro-utérine.

MORRILL. — Laparotomie et expectation dans l'hématocèle. *Ann. gyn.*, 1890.

MARION, — Th. Paris. 1892 — Rupture au point de vue médico-légal.

MONOD. — *Bull. Soc. chirurgie*, Paris, 1892.

MARTIN. — *Archiv. génér. méd.*, 1892, p. 103.

MAYO-ROBSON. — *Arch. für gyn.*, 1893, p. 73.

NÉLATON. — *Gaz. Hôpitaux*, 1851-52-53. — *Eléments pathologie chirurgicale*, t. VI, 1885. Thèse de Vignès.

NACHTEL. — Th. Paris, 1875.

NITOT. — *Revue obst. de gyn.*, Paris, 1891.

OLSHAUSEN. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1890, p. 181.

ORTHMANN. — *Soc. de gyn. et d'obst. de Berlin*, 1890. — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, XX, 1891.

OZENNE. — *Arch. de méd.*, Paris, 1890.

OUI. — *Arch. de tocologie*, 1891.

OUI. — Thèse Lyon, 1894. Traitement des hématoécèles rétro-utérines par la voie vaginale.

ORRILLARD. — Th. Paris, 1894. Grossesse tubaire.

PUECH. — *Athrésie des voies génitales.*

Progrès médical, 1874-95.

PRENGUEBER. — *Sem. méd.*, 1886.

POZZI. — *Gaz. méd.*, Paris, 1887. — *Ann. gyn.*, 1890. — *Traité de gynécologie*, 2^e éd., Paris, 1892. — *Sem. méd.*, 1890.

PÉAN. — *Leçons clin. chir.*, Paris, 1888.

PINARD. — *Ann. gyn.*, 1880. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, 12 obs.; Paris. — *Bull. Ac. méd.*, Paris, 1894. — *Sem. méd.*, Paris, 1894. — *Ann. gyn. obst.*, Paris, 1892.

POLAILLON. — *Bull. Ac. méd.*, 1890.

PONCET. — Th. agrégation, 1878. — *Dict. encyclopédique de Sc. médicales*. Art. Hématoécèle. S'y reporter pour toute la bibliographie précédant cette date.

PICHEVIN. — *Nouv. arch. obst.*, 1892.

PRENANT. — *Eléments d'histologie*, 1891.

La province médicale, 1894.

QUENU. — *Bull. Soc. chir.*, 1893.

RIBEMONT ET LEPAGE. — 1873.

RODET. — Thèse Paris, 1880.

REED. — *Cent. f. Gyn.*, 1888.

ROUTIER. — *Sem. méd.*, 1888. — *Ann. gyn.*, 1890.

ROLLIN. — Des hémorragies de l'ovaire, 1889, in *Ann. de gyn.*

- ROSE. — *Berliner Kl. Wochensch.*, 1889, p. 527.
REGNAULT. — *Bull. Soc. An.*, Paris, 1890.
REGNIER. — *Gaz. Hôp.*, 1891, p. 414.
REGNAULT E. — Th. Paris, 1891. De la laparotomie dans la grossesse extra-utérine.
Revue gén. de méd. et chirurgie, 1892-93.
RÉMY. — *Arch. Toc. et gyn.*, 1892.
ROUSSAN. — Du varicocèle pelvien, th. Paris, 92.
Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1895.

Semaine médicale, 1886-1895.
SCHROEDER. — *Lyon méd.*, 1873.
SERRES. — Th. Paris, 1875.
SCHUHL. — Th. Nancy, 1883.
SEGOND. — *Ann. gyn.*, 1884-1887. — Compendium de chirurgie, t. VIII, 1891.
SCHROEDER. — Mal. des org. génitaux de la femme, 1886.
SCHICKLER. — *Inaug. Dissert.* Tubingen, 1887.
SINCLAIR. — *Br. M. J.*, 1888.
STEVENSON. — *Ed. M. J.*, 1888.
SÆNGER. — *Centr. f. gyn.*, 1890.
SÉBILEAU. — In thèse de Serres.
SURER. — Th. Paris, 1890. Hématocèle spontanée chez la femme.
SUTTON BLAND. — *Roy. méd. and chir. Soc.*, 1890.
SCHOURINOFF. — *Nouv. Arch. Obs. et gyn.*, 1891.
SMOLSKI. — *Wratsch.*, n° 1, 1894. — *Gaz. Hôp.*, 1894, p. 696.

TRECHFEL. — *Corr. bl. f. Schweizer Aertze*, 1875.
TROQUART. — *Journ. méd.*, Bordeaux, 1879.
TULAT. — *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1886.
TERRILLON. — Salpingites et ovarites, Paris, 1891.
TUFFIER. — *Bull. Soc. An.*, 1891.
TSCHOPP. — *Gaz. hebd. de la Russie méridionale*, 1894.
TESTUT. — *Anatomie*, 1891-94.
TILLAUX. — *Ann. de gynécologie*, 1894.
THIÉBAUT. — *Ann. de l'institut St-Anne*, Bruxelles, avril, 95.

Union médicale, 1880-95.

VEIT. — Congrès Berlin, 1890, in *Ann. de gyn.*

WIRCHOW. — *Cor. Bl. f. Sch. Aertze*, 1875.

WINCKEL. — *Lehrbuch der Gyn.*, 1886, Leipzig.

VAQUEZ. — *Bull. Soc. An.*, Paris, 1888.

WALTHER, — Th. de Giessin, 1890.

WALLAERT. — Thèse Lille, 1894. Traitement de l'hématocèle rétro
utérine.

ZWEIFEL. — *Arch. f. gyn.*, 1883, p. 185.

Zeitschrift für Geb und Gynæk., 1890.

ZEDEL. — Cité in Gauthier, p. 11.



ERRATA

- Page 6, ligne 20, lire : les *diverses* opinions.
Page 16, ligne 28, lire obs. XXIV et XXVI.
Page 18, ligne 23, supprimer : *plus ou moins*.
Page 19, ligne 15 : à *angle*.
Page 20, ligne 19, lire : ou *bien*.
Page 22, ligne 14, lire : *cette opinion*.
Page 28, ligne 23, lire : ovaire *congestionné*.
Page 30, ligne 3, lire : *cataméniale*.
Page 31, ligne 31, s u p p r i m e r : *trompe*.
Page 32, ligne 5, lire : *Voisin*.
Page 35, ligne 6 : *congestion*.
Page 39, ligne 31 : distillante.
Page 40, ligne 28, supprimer : *dite*.
Page 42, ligne 10 : grossesse tubaire. Ajouter *utérine* à grossesse extra.
Page 59, ligne 12, lire : *aussi*.
Page 61, ligne 1, lire : *fœtal*.
Page 76, ligne 2 : évitant *ainsi*.
Page 77, ligne 18 : variant d'une *opérée* à une.
Page 84, ligne 13, lire : une *tuméfaction* latérale.
— ligne 17, lire : *puerpérale*.
— ligne 23, lire : *rétro, latérale*.
— ligne 28 : en général *peu* douloureux.
Page 110, ligne 7 : en partie *ces propositions*.
Page 112, ligne 9 : l'hémorragie *se sera* arrêtée.
Page 113, ligne 4 : *infection*.

OBSERVATIONS

- Page 7, obs. V, lire : *cataméniale*.
Page 10, ligne 9, lire : *médiastin*.
Page 17, obs. XIX, lire : *Am. für*.
Page 23, ligne 22, lire : *En avant* de la paroi antérieure.
Page 24, ligne 15, lire : où *elle* se trouvait préalablement.
-

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

	Pages
PRÉFACE.	3
AVANT-PROPOS.	5
CHAPITRE PREMIER.	5
CHAPITRE II. — Conditions de l'hématocèle.	10
CHAPITRE III. — Causes particulières de l'hématocèle anté-utérine.	14
CHAPITRE IV. — Pathogénie.	27
CHAPITRE V. — Etiologie.	49
CHAPITRE VI. — Anatomie pathologique.	52
CHAPITRE VII. — Symptômes.	67
CHAPITRE VIII. — Diagnostic.	79
CHAPITRE IX. — Pronostic.	93
CHAPITRE X. — Marche. — Durée. — Terminaisons.	96
CHAPITRE XI. — Traitement.	100

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS.	1
CONCLUSIONS.	45
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	49
ERRATA.	54
